

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL USO DE SUS
REGISTROS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL
CUIDADO. SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III-1 ESSALUD.
CHICLAYO, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORA
CLARIVEL DE FATIMA SOZA DIAZ**

**ASESORA
Dra. ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY**

Chiclayo, 2019

DEDICATORIA

A Dios, por ponerme en donde estoy, por darme la fortaleza que siempre necesito y por mostrarme todos los días lo gigante que es su amor. “Todas las cosas por medio de él fueron hechas, y sin él nada de lo que ha sido hecho, fue hecho...” (Juan 1:3)

A mi madre, Clarivel Díaz, por ser mi inspiración, por ser mucho más que mi amiga, por nunca dejar de creer en mí, por calentar mi motor cuando se enfrió y enseñarme a luchar y perseverar en la vida con su infinito amor de madre.

A mi Padre, José Soza, quien fue siempre mi héroe y ahora desde el cielo me cuida y sostiene mi mano en cada paso que doy. “Tu amor es una estrella con cuerdas de guitarra, una luz que me alumbra en mi oscuridad...” (Luna Cautiva- Los Chalchalers)

A mi hermano Luis, por saber sacarme una sonrisa cuando más lo necesito, por siempre ser mi gran amigo y mi ejemplo a seguir. Mi vida no habría sido como es, sin ti.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen Santísima, porque sólo en ellos tuve el descanso y la paz que necesité.

A mis Padres, por todo su esfuerzo para darme lo mejor, por su amor infinito, valores inculcados y por seguir moldeándome para ser un excelente ser humano. Dios no podía estar en todos lados, por eso los mandó aquí.

A mi amiga y hermana Joss, por siempre darme ánimos, fuerza y cariño. Aunque hubo muchos caminos de piedra, siempre estuvimos para salvarnos.

A mi maestra Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, por su paciencia, apoyo, cariño y las horas que me dedicó para hacer de mí una mejor profesional y persona. Mi respeto y admiración siempre para usted.

A mi asesora y amiga Rosa Díaz Manchay, por aceptar guiarme en la recta final y por sus invaluable aportes para el éxito de mi investigación

A los miembros de mi Jurado, por su motivación y apreciables críticas necesarias para lograr esta investigación.

RESUMEN

Los registros de enfermería (RE) son documentos propios de la profesión que avalan la calidad y continuidad del cuidado, mejora la comunicación y evita errores durante el cuidado, son el respaldo legal y ético de sus intervenciones. Esta apreciación motivó la investigación: Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Servicio de Medicina, Hospital III-1 EsSalud. Chiclayo, 2018, es cualitativa, abordaje estudio de caso; tuvo como objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Los datos se recolectaron mediante la Entrevista semiestructurada. La muestra fueron 12 enfermeras del Servicio de Medicina Interna, determinadas por saturación y redundancia. Los datos se procesaron con el análisis de contenido, develando 4 categorías: A) Utilidad e importancia de los Registros de Enfermería para garantizar la Continuidad del cuidado. B) Limitantes para el cumplimiento de los Registros de Enfermería y la Continuidad del Cuidado. C) Implicancias ético legales en los Registros de Enfermería relacionadas a la Continuidad del Cuidado. D) Necesidad de Registros de Enfermería estandarizados e informatizados para garantizar la Continuidad del Cuidado. Conclusión: Los Registros de enfermería son documentos ético-legales, que llenados correctamente, con veracidad y conciencia, garantizan la continuidad del cuidado porque son fuente de información para planificar el cuidado, visibilizar las intervenciones de enfermería, ante ellas y otros profesionales del equipo de salud, además necesitan ser estandarizados y digitalizados.

Palabras clave: Percepción, Registros de Enfermería, Cuidado Enfermero.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Nursing records are documents of the profession that guarantee the quality and continuity of care, improve communication and avoid mistakes during care, are the legal and ethical support of their interventions. This assessment motivated the investigation: Nurses perception of the use of their records to guarantee continuity of care. Medicine Service, III-1 Hospital EsSalud. Chiclayo, 2018, is a qualitative, case study approach; had as objectives: Describe, analyze and understand the perception of nurses about the use of their records to ensure continuity of care. The data was collected through the semi-structured interview. The sample consisted of 12 nurses from the Internal Medicine Service, determined by saturation and redundancy. The data were processed with content analysis, revealing 4 categories: A) Usefulness and importance of Nursing Records to guarantee Continuity of care. B) Limits for compliance with Nursing Records and Continuity of Care. C) Ethical legal implications in Nursing Records related to Continuity of Care. D) Need for standardized and computerized Nursing Records to guarantee Continuity of Care. Conclusion: Nursing Records are ethical-legal documents, that filled correctly, with truth and conscience, guarantee the continuity of the care because they are a source of information to plan the care, visualize the nursing interventions, before them and other professionals of the health team, they also need to be standardized and digitized.

Keywords: Perception, Nursing Records, Nursing Care.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes del problema	13
2.2 Base Teórico Científica	15
III. METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo de Investigación	21
3.2 Abordaje Metodológico	21
3.3 Sujetos de Investigación	24
3.4 Escenario	24
3.5 Técnicas e instrumentos de recojo de información	26
3.6 Procedimiento	27
3.7 Análisis de datos	28
3.8 Criterios de Rigor científico	29
3.9 Principios éticos	30
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
V. CONSIDERACIONES FINALES	50
VI. RECOMENDACIONES	51
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
VIII. ANEXOS	59
ANEXO N°1	59
ANEXO N°2	60
ANEXO N°3	62
ANEXO N°4	64
ANEXO N°5	65

I. INTRODUCCIÓN

En la profesión de enfermería, la práctica de registrar o documentar se remonta al tiempo de la máxima referente de enfermería, Florence Nightingale, quien al ver las condiciones tan indignas en las que eran atendidos los soldados y las operaciones poco higiénicas, entendió que enfermedades como el cólera y el tifus invadieran los hospitales, entonces comprendió que era necesario recolectar datos y organizarlos en un sistema para llevar el registro correcto, situación que más adelante serviría para mejorar los hospitales militares y sobre todo, para calcular la tasa de mortalidad del hospital. Toda su habilidad investigativa siempre estuvo fundamentada en el registro, comunicación, ordenación, codificación, conceptualización, inferencia, análisis y síntesis de los datos, producto de su investigación^{1,2,3}. Desde entonces los registros de enfermería fueron de gran valor, ya que no solo sirvieron para registrar hechos, sino que estos ayudaron a tomar medidas correctivas y continuar el cuidado en bien de las personas.

De Marinis et al.⁴ afirma que en el historial de enfermería, los registros son documentos propios de la profesión y básicos de la historia clínica. En ellos se recolectan datos de las acciones emprendidas, las observadas y de la información obtenida del paciente y la familia, con el fin de optimizar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y por consiguiente garantizar una continuidad en el cuidado, a lo cual complementa Amazcua citado por Hernández⁵, quien considera al registro como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación, evita errores o posibles duplicidades que pueden producirse en el servicio. Además, es un respaldo legal frente a posibles demandas y a la vez permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados; sin dejar de reconocer, que también encierra el nivel de práctica ética en el cuidado.

Esta práctica del cuidado es de gran importancia para el paciente, la institución y la profesión, por lo tanto, es necesario que todo el accionar quede evidenciado en los registros de enfermería. Conocer el estado del paciente, su evolución y las actividades de enfermería ya realizadas permite replantear los cuidados para garantizar la continuidad de los mismos. Ante la profesión, la labor de enfermería está justificada en la ley del trabajo del Enfermero N°27669⁶, en la cual se precisa Art. N°. 7 inciso. a) como función de la enfermera(o): Brindar un cuidado integral basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); el cual deberá ser registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente, para visualizar las intervenciones de enfermería y garantizar su continuidad.

Dicha obligación, en la actualidad, demanda de la enfermera el ser acuciosa con lo que registra, considerando los aspectos ético - legales de esta información, respondiendo así a las demandas de los pacientes, que gracias al internet conocen sus derechos, como por ejemplo, el registrado en el principio: Derecho a la información, mencionado en el inciso a) de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, que a la letra dice: El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico...⁷; y que en todo caso, su omisión, falta a la verdad, o inexactitud, puede llevarla a cometer errores, limitar la continuidad del cuidado o también generar un compromiso legal al equipo de salud y de manera particular a la enfermera, quien por la naturaleza de su trabajo, realiza mayores actividades para la recuperación de la salud del paciente, haciéndola más vulnerable en este aspecto.

En Quito – Ecuador, se investigó la “Utilización de los registros clínicos de Enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez” en donde se determinó que: la percepción de la presencia de los registros de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes es “importante”, lo que denotó que hay un entendimiento de la trascendencia que tienen dichos registros, sin embargo no son llevados adecuadamente y la falta de normativa institucional rezagan su uso⁸.

Por otra parte, en Brasil se realizó una investigación sobre una revisión narrativa que discutió los registros de enfermería desde el punto de vista teórico y contextual. Las conclusiones de los materiales analizados dieron como resultado, registros de enfermería cifrados, ilegibles, presencia de raspaduras, errores ortográficos, espacio en blanco entre las anotaciones, y uso indiscriminado de abreviaturas y siglas⁹. De lo cual se obtiene una visión global de lo que ocurre actualmente con los registros de enfermería.

En este sentido los registros de enfermería son considerados de mucha importancia para el cumplimiento de los objetivos y la utilidad que tienen en la continuidad del cuidado, en cualquier institución de salud, estimando las características del servicio, como por ejemplo en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (H.B.A.A.A.) EsSalud, específicamente en la Unidad de Cuidados especiales de Medicina Interna - (UCEMIN) en el que reciben atención de salud pacientes con enfermedades crónicas descompensadas (y en el área de infectología un

promedio de 5 a 7 pacientes portadores de VIH, según el registro de Ingresos y altas del servicio), estos registros se constituyen en instrumentos que garantizan la continuidad del cuidado.

En relación a ello, los de más utilidad para la documentación de cuidados y tratamientos que se brinda al paciente, redactados por los profesionales de enfermería y los mismos que deben ser utilizados por todo el equipo de salud⁸ son: la hoja de control de signos vitales, kárdex, balance hídrico, anotaciones (evolución) de enfermería, hoja de valoración de riesgo de caídas (Escala de J.H. Downton) y la hoja de valoración de riesgo de úlceras por presión (Escala de Norton); los dos últimos mencionados son manejados en dicho nosocomio como parte de la Directiva de Calidad y Seguridad del Paciente-EsSalud, por tanto formarán parte del objeto de estudio de la investigación.

Al respecto, la investigadora, en sus prácticas clínicas pudo evidenciar las dificultades que tienen actualmente las enfermeras para realizar los registros de enfermería, que en la mayoría de ellos no cuentan con la calidad requerida. En el caso de las anotaciones de enfermería presentaban letra ilegible, lenguaje subjetivo y solo son redactadas en el turno de la noche. Al analizar la hoja de control de signos vitales, había casilleros por algunos turnos que no estaban marcadas, la identificación corresponde al nombre del paciente y el N° de cama.

Por otra parte, la hoja de balance hídrico (BH) solo la tenían algunas historias clínicas, que corresponde a los pacientes que requieren de este auxiliar de cuidado, y en las que algunas omitían el peso, cálculo de pérdidas insensibles, agua metabólica, así también, no todas estaban firmadas ni tenían el sello de la licenciada en enfermería que lo había registrado, puesto que los BH aún se implementan y cierran según indicación médica. Finalmente, en el Kárdex se pudo observar el nombre del paciente, la edad y su Diagnóstico médico, además de enmendaduras con corrector, letra ilegible y poca claridad en el cumplimiento de las prescripciones médicas o procedimientos programados. En el caso de la Hoja de Valoración de Riesgo de Caídas (J.H. Downton) y la Hoja de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (Norton), ambos se encontraban completos en la valoración, algunos contenían nombre y apellidos del paciente, pero no el servicio, número de cama y tampoco N° de historia clínica.

En relación a ello, se pudo evidenciar que algunas enfermeras incumplen lo estipulado en las normas para realizar estos registros, atribuyendo a ello: “...principalmente por el tiempo, tenemos una y otra cosa que hacer, que para describir, detallar y escribir, ya no tenemos tiempo”. Otra manifestó: “...la labor administrativa no es prioridad, hay procedimientos que requieren mayor atención. Nosotros sabemos, tenemos los conocimientos, conocemos las pautas, pero hay que priorizar”. También se recopiló información por si alguien había tenido algún problema con los registros de enfermería con consecuencias legales, la respuesta fue: “Una vez vino auditoría y sacó una historia clínica al azar, era de un paciente que falleció de hemodiálisis y no se había registrado la hora de la diálisis ni la hora de la defunción, pero sinceramente no sé en qué quedaría”. En relación a la percepción que ellas tienen de los registros de enfermería para garantizar la continuidad del cuidado una de ellas afirmó: “Puede ser, pero más importante es lo que hacemos por ellos (los pacientes) a lo que escribimos.”

Contrariamente a lo expuesto, hay historias en donde los registros de enfermería, están hechos de manera correcta y las enfermeras consideran que: “es muy importante que los registros estén bien hechos porque te pueden ayudar a seguir las pautas de cuidado, con seguridad”, así mismo agregan “las notas de enfermería, que yo sepa, si hay un problema te pueden ayudar si están bien hechas, sino ya sabes lo que puede pasar...”

Esta preocupante y dicotómica percepción, de las enfermeras en relación a los registros, generan en la investigadora algunas interrogantes previas, tales como: ¿Por qué algunas enfermeras realizan los registros de manera correcta y otras no? ¿Qué importancia real, le dan las enfermeras a los registros de enfermería? ¿La omisión de registrar es para ellas reconocer que no son útiles en la continuidad del cuidado? ¿Consideran que los registros de enfermería son medios de información sobre la situación del paciente, cuando regresan del descanso post guardia? ¿Consideran que un registro incompleto o que no cumplan lo que la norma indica tienen implicancias ético – legales?

Cuestionamientos previos que trataron de develarse mediante la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la Percepción de las Enfermeras sobre el uso de sus Registros para garantizar la continuidad del cuidado. Servicio de Medicina, Hospital III-1 EsSalud. Chiclayo, 2018? Planteándose como objetivos: describir, analizar y comprender la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Servicio de Medicina, Hospital III-1 EsSalud. Chiclayo, 2018. El objeto de investigación fue la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado.

La presente investigación se justificó porque en la práctica profesional, en el cotidiano del ejercicio, las enfermeras confrontan un sinnúmero de situaciones que argumentan la necesidad de registrar claramente los cuidados de enfermería brindados al paciente, dado que estos garantizan la continuidad y oportunidad del cuidado; también permiten brindar información de lo realizado y lo acontecido al paciente, manteniendo al equipo de salud informado sobre la evolución personalizada de cada paciente.

Así mismo, en la actualidad el paciente puede solicitar acceso a esta información como parte de los derechos que le asisten, para ello, estos registros son fuente de información importante y deben tener la garantía de ser reflejo de las intervenciones de cuidado. Del mismo modo, si existiera algún tipo de reclamo por la atención, los registros resultarán una fuente de la evidencia del cuidado brindado y del cumplimiento de las indicaciones, aspecto legal que es importante tener en cuenta, basado en la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” N.T.S. N° 139-MINSA/2018/DGAIN¹⁰, la cual establece el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud, respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

La esencia de enfermería es el cuidado humano, este cuando se da, genera el momento de cuidado, que solo se hace visible y permite dar el significado de su trascendencia, en los registros de enfermería, ya que estos son la demostración de la científicidad de la disciplina, porque revelan los pasos del Proceso del Cuidado Enfermero, valorando, diagnosticando con análisis e interpretación del marco teórico, planificando con priorización, ejecutando y evaluando cada fase de esta herramienta científica, que debe quedar registrado.

Para reconocer que los registros de enfermería son las herramientas a través de las cuales se valora la calidad del cuidado enfermero, es necesario como punto de partida de su valoración, conocer cómo es la percepción de las enfermeras en relación al uso de los registros de enfermería, como medio de garantizar la continuidad del cuidado, por lo que los resultados conocidos por sus autoridades, le permitirán formular planes de mejora continua en el servicio, relacionados al objeto de investigación y así los registros se realizarán de acuerdo a las normas,

haciendo que las enfermeras reconozcan su importancia, eviten su omisión, y visibilicen el cuidado a través de ellos, garantizando su continuidad.

Además, la correcta ejecución de los registros, han de generar una base sólida y argumentada de su quehacer, para cualquier investigación en referencia, que realicen los estudiantes de pregrado y post-grado, y a partir de sus resultados se amplíe el conocimiento propio de enfermería; así mismo, será el insumo importante de la trascendencia de la profesión de enfermería, ya que si se desea el reconocimiento como una profesión prestigiosa, se debe empezar por efectuar de manera óptima lo más propio que se tiene, en este caso sus registros.

Así también, la ejecución de esta investigación y sus resultados, motivará a realizar otras con enfoques metodológicos diferentes que confirmen o se puedan contraponer a los resultados obtenidos, deliberación que ayudará a rescatar la importancia de los registros de enfermería en la garantía de la continuidad del cuidado, incidiendo en la seguridad del paciente, y de la enfermera, derecho que les corresponde como personas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A Nivel Internacional

Chávez⁸ en su tesis obtuvo como resultados que existió la percepción de que la presencia de los registros de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes es “importante”, lo que mostró que hay un entendimiento de la trascendencia que tienen dichos registros, sin embargo no son ejecutados de manera apropiada y la falta de normativa institucional dificultan su uso.

La investigación realizada por Ramos, Nava y San Juan¹¹ tuvo como participantes a 90 profesionales de enfermería, quienes reconocieron la importancia de los registros de enfermería (83/90; 92,2%). No obstante, el 54,4% (49/90) del personal desconoce los requisitos legales o científicos mínimos para la cumplimentación y no recibe capacitación institucional. La carga excesiva de trabajo fue el principal factor que influyó en la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería. Se encontraron múltiples deficiencias en la cumplimentación de los registros de enfermería. Se concluyó que falta conocimiento de los requisitos mínimos indispensables para la cumplimentación de los mismos, lo que se refleja en las deficiencias encontradas en las historias clínicas.

Martínez y Cantero¹² en su investigación llegaron a la conclusión que se necesita tiempo y esfuerzo para que las enfermeras den al Informe de Cuidados la misma importancia que a realizar un relevo o un protocolo de acogida. Es necesario que exista un compromiso por parte de los supervisores y de las enfermeras de los diferentes niveles asistenciales. La carga de trabajo, la falta de personal y de tiempo, podrían ser limitantes al desarrollo de esta herramienta para la continuidad de los cuidados enfermeros.

A nivel nacional

Carazas y Herrera¹³ encontraron la presencia de factores personales internos: Conocimiento del lenguaje adecuado y dificultades con la metodología del Proceso de Atención de Enfermería en un 46.7 % y 40% respectivamente. Por otro lado, lo que concierne a los factores personales externos el 86.7% indicó la presencia de sobrecarga laboral y solo el 33% consideró aplicables los formatos existentes. En cuanto a la calidad de las notas de enfermería el 60% presentan un nivel de calidad regular. Concluyendo que los factores personales del profesional de enfermería se correlacionan positiva y significativamente con la calidad de los registros.

Barreto¹⁴ en su investigación encontró que el 89.1% consideró que existen factores que obstaculizan el adecuado registro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), mientras que el 10.9% menciona la ausencia de factores. Los factores institucionales y profesionales están asociados al registro del Proceso de Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia, siendo los factores de orden institucional los principales causantes del incumplimiento del llenado del registro según norma. Entre los factores institucionales asociados negativamente al cumplimiento del registro están la ausencia de documentos estandarizados, la cantidad y calidad insuficiente de estos formatos estandarizados, la infraestructura inadecuada en el servicio, la ausencia de capacitación por parte de la institución, el tiempo insuficiente para realizarlo dentro de la jornada laboral por recarga laboral, ausencia de recursos disponibles, ambiente laboral deficiente y la ausencia de practica de realizar el registro según el marco del PAE. Entre los factores profesionales tenemos a la ausencia de estudios de especialidad o de post grado en las enfermeras del servicio, la ausencia de capacitación por recursos propios, las horas de trabajo superior al promedio mensual que repercute en la recarga laboral, nivel de estudio solo de licenciatura, motivación personal y el laborar en otra institución de salud.

A nivel local

Gálvez¹⁵ encontró que según la percepción de los internos definieron las anotaciones de Enfermería como un documento importante debido a su implicancia legal, evidencia y continuidad del cuidado enfermero, por ser este el objeto de la profesión de enfermería.

Llegando a la conclusión que los internos de enfermería perciben la necesidad de reforzar y mejorar la práctica en anotaciones de enfermería, pues constituyen la única evidencia del cuidado brindado y reconocen que existe limitantes que desfavorecen el aprendizaje de anotaciones de enfermería en la práctica clínica, debido a que los docentes priorizan la ejecución del cuidado enfermero antes que la redacción de anotaciones de enfermería; lo que deja de lado una oportunidad valiosa de lograr habilidades en el estudiante.

Carlos¹⁶ en su investigación concluyó que existen obstáculos que no permiten a la enfermera realizar una nota de calidad, como es: la demanda de usuarios, el grado de dependencia de los usuarios, sobrecarga de trabajo, desmereciendo la importancia y capacidad de síntesis en la redacción de las notas de enfermería.

2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

El presente trabajo, consideró la búsqueda de información pertinente para tener el respaldo teórico en autores reconocidos de cada área, principalmente de las variables: Percepción, Registros de enfermería, Cuidado enfermero.

Percepción, de acuerdo a Sugrañes¹⁷, constituye un momento del proceso cognoscitivo, intermedio entre la pura sensación y la aprehensión propiamente intelectual (conocimiento). Dicho de otro modo, es el proceso que da sentido y significado especial a una sensación y actúa como medio organizador de todos los fenómenos que constantemente nos llegan desde el medio exterior e interior, interviniendo como paso previo al pensamiento. Es decir, consiste en la habilidad de transmitir estímulos al cerebro e interpretarlos de manera adecuada.

Para poder llegar a esta interpretación debe darse el proceso de desciframiento desde el reconocimiento de los signos a la aparición de ideas o imágenes en el cerebro y, de este modo, el todo aparece diferente a la simple suma de las partes. Precisamente debido a la complejidad de todo este proceso, la percepción ha sido un aspecto valorado de modo muy distinto en función de que, en su interpretación, el peso se haya decantado por la importancia de la vía de entrada del estímulo (sensación), por la intelección

(concepto final) o por la incidencia de la personalidad del perceptor en el hecho de percibir (valoración subjetiva)¹⁷.

Estas afirmaciones, en la presente investigación, determinaron que las percepciones de las enfermeras, están en razón de su apreciación acerca del uso de sus registros, y su utilidad para la garantía de la continuidad de sus cuidados, es decir, desde el primer estímulo que genere una percepción (uso de los registros) hasta el concepto final (importancia para la continuidad del cuidado), en ello, por cierto, se incluyó su personalidad, su preparación académica y las experiencias que al respecto pudieron haber tenido, factores que se tuvieron en cuenta en el desciframiento de este proceso perceptivo, lo cual no generó un concepto valorativo de las manifestaciones de los investigados.

Por otra parte, en relación los componentes del objeto de investigación, Prieto¹⁸ manifiesta que los registros de Enfermería constituyen la documentación en la cual se registra sistemáticamente la situación del paciente, así como su evolución, actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación que brinda el personal de enfermería.

Los registros de enfermería son documentos legales y formales, escritos o impresos que constituye la evidencia de la intervención profesional respecto a la evolución del paciente, así como el planeamiento, continuidad y evaluación del cuidado que se brinda a la persona. También permite valorar el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería^{19,20,21}. Según el Colegio de Enfermeros del Perú²², “la evidencia del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes formatos y/o registros diseñados e implementados por la enfermera, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno, seguro y humano, previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado”. Entonces, registrar las actividades enfermeras tiene una única función: asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados²³.

Por otro lado, a pesar de tener una sola función, los registros tienen diferentes utilidades como: servir al equipo de enfermería y al equipo de salud como fuente de

evaluación para tomar decisiones respecto al estado de salud del paciente; como documento legal, como medio probatorio en un proceso judicial, ya que el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a un paciente en un establecimiento de salud; como información para los estudiantes de enfermería permitiéndoles conocer la naturaleza de una enfermedad; como apoyo al profesional de enfermería para realizar estudio de investigación, recogiendo datos estadísticos²⁰ y por último, de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención¹⁹.

Es así que la importancia de los registros de enfermería, radica en facilitar la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud, dirigir y planificar la actuación de la enfermera para asegurar la continuidad de los cuidados, así como para evidenciar los cuidados en la evaluación, investigación y con propósitos legales²⁴. En cuanto al objetivo principal del correcto manejo de los registros de enfermería, versa en contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado enfermero, favoreciendo los procesos de auditoría, de investigación, de supervisión y del cuidado propiamente dicho²².

Por tanto, los registros de enfermería son documentos legales que respaldan el actuar enfermero, que incluye la evolución del paciente y el planeamiento de los cuidados, así como también, la continuidad de los mismos, sirviendo como fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de mejoramiento continuo, investigación, auditoría y supervisión. El correcto registro, también es una evidencia de la calidad profesional de las enfermeras que laboran en el Servicio de Medicina del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud.

Entre los registros de enfermería principales, están la Hoja de control de Signos Vitales, la Hoja de Balance Hídrico, las Anotaciones (evolución) de Enfermería, la Hoja de control de Medicamentos o Kárdex, Hoja de valoración de Riesgo de Caídas (Escala de J.H. Downton) y la Hoja de valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (Escala de Norton) que fueron tomados para fines de la investigación, los cuales formaron la parte instrumental del objeto de estudio.

Las anotaciones de enfermería o también llamadas notas de Enfermería son un documento legal en el cual se registran de forma secuencial las actividades ejecutadas así como la evolución de hechos esenciales que ocurren al paciente, las 24 horas del día. En ella se registran cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas prescritas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera para el paciente y la familia, datos objetivos (signos y síntomas), datos subjetivos como conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del usuario al tratamiento y los cuidados^{25,26}.

Según Fundación del Área Andina citada por Chávez⁸, la hoja de control signos vitales es el documento destinado a registrar gráficamente la variación de los signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, la frecuencia respiratoria, así como también el peso del paciente, la dieta que debe recibir, y los datos de filiación, durante la estancia del paciente, en nuestro medio, es casi un resumen de todos los acontecimientos de intervención en el paciente y de su evolución, ya que contienen datos como: Registro de funciones vitales, días de permanencia hospitalaria, transfusiones de hemoderivados, tratamiento con medicamentos de control, procedimientos, resumen del Balance hídrico, función excretora renal e intestinal, etc.

En este orden de definiciones, la hoja de Balance Hídrico sirve para llevar el control de la ingesta y eliminación del paciente. Se registran ingresos anotando el volumen (cc) de líquidos ingeridos por vía oral, suministrados por vía parenteral y la suma de ambos valores. Del mismo modo, las eliminaciones anotando el volumen (cc) de diuresis, drenajes y otros, más la suma de los valores anteriores²⁷. A través de este registro se pueden corregir desequilibrios hidroelectrolíticos y evitar complicaciones que afecten el bienestar del paciente.

El profesional de enfermería, también se hace responsable de otros registros, según el nosocomio o servicio donde labore. En el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, todos los servicios deben incluir en la historia clínica la Hoja de valoración de Riesgo de Caídas (Escala de J.H.Downton) y la Hoja de valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (Escala de Norton), ambas como cumplimiento a la Directiva de Calidad y

Seguridad del Paciente, además el profesional de enfermería es responsable de su documentación.

La Hoja de valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) es un registro que presenta como instrumento a la Escala de Norton, la cual evidenciará, según las variables y los puntajes dados, el nivel de riesgo de Úlceras por Presión que tiene cada persona. Esta valoración se realiza todos los días con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de UPP²⁸.

La Hoja de valoración de Riesgo de Caídas es un registro que presenta como instrumento la Escala de J.H.Downton, la cual mide 5 criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir caídas: caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha. Según el puntaje se da la interpretación en la que se obtiene: alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo²⁹.

En la presente investigación, son registros de enfermería todos aquellos documentos que evidencian el quehacer de la enfermera, que tienen una norma para realizarlos, permiten la continuidad del cuidado en forma segura, constituyen instrumentos de valoración que tiene base legal y exigencia ética en su realización, dentro de los que se tuvieron como parte del objeto de estudio a la Hoja de control de Signos Vitales, la Hoja de Balance Hídrico, las Anotaciones (evolución) de Enfermería, la Hoja de control de Medicamentos o Kárdex, Hoja de valoración de Riesgo de Caídas (Escala de J.H. Downton) y la Hoja de valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (Escala de Norton)

Estos registros visibilizan los cuidados enfermero, que a decir del Colegio de Enfermeros del Perú²² constituyen la esencia de la profesión, se basa en el respeto a las personas, es intencional y planificado, es un proceso continuo, es relacional porque permite la comunicación interpersonal, es competente porque requiere preparación profesional y por último, se da en un contexto porque no es aislado. Todo ello se desarrolla en el llamado momento de cuidado.

Otro concepto que es importante mencionar en la investigación es el cuidado, definido por Waldow³⁰ como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, (registros) es decir, aseguradas por derecho, y

desarrolladas con competencia (evidenciar el cuidado) para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), (continuidad del cuidado) para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”.

Es así, que la profesión requiere de la práctica del cuidado humano, el mismo que demanda conocimientos, compromiso y responsabilidad profesional. Martínez citado por Benavent³¹ afirma que “ahora el cuidar adquiere una nueva dimensión en el panorama social y empieza a ser cotizado por muchos, la enfermería, como protagonista máxima de los cuidados, debe ser capaz no sólo de dispensarlos, sino de razonarlos, gestionarlos y rentabilizarlos”.

De este modo es preciso mencionar la calidad que va inmersa dentro del cuidado enfermero, la cual se entiende como el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente²². Así pues, plasmado en la investigación, se deduce que el cuidado continuo evidencia la calidad de la prestación de los servicios de salud y requiere de registros de enfermería que direccionen el cuidado, en bien de la seguridad del paciente y la enfermera.

En la investigación, se entiende al cuidado como la esencia de la profesión de enfermería, que para efectuarlo requiere conocimientos, voluntad y humanidad. El cuidado significa hacer pero también demostrar comportamientos de cuidar que beneficien a los pacientes, como lo es garantizar la continuidad del cuidado, realizando de manera correcta los registros, lo que demuestra una calidad óptima de la prestación del servicio de salud y compromiso del personal de enfermería, además para los pacientes significa una atención eficaz y pronta mejoría.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo cualitativa^{32,33}, ya que consistió en comprender el uso de los registros de enfermería para garantizar la continuidad del cuidado desde la perspectiva de las enfermeras, analizándolo en un contexto particular como es el Servicio de Medicina de un Hospital III-1 EsSalud. Se tuvo en cuenta los diferentes puntos de vista para la correcta profundización y comprensión de la información brindada.

3.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

Como abordaje metodológico se utilizó el estudio de caso^{32,33}, el cual consistió en hacer un examen exhaustivo y profundo a la percepción de las enfermeras sobre el uso de registros para garantizar la continuidad del cuidado, para así responder al planteamiento del problema. Este abordaje favoreció la obtención de información detallada mediante la interacción directa con las enfermeras del servicio de Medicina del Hospital III-1 EsSalud de Chiclayo y así se logró la correcta comprensión de los datos.

El estudio de caso implica el cumplimiento de principios pre establecido que a decir de Menga Lüdke y Marli André³⁴ son:

El estudio de caso se caracteriza por dirigirse al descubrimiento, tal y como se realizó en esta investigación, manteniéndose una atención constante en lo que refirieron las enfermeras acerca de sus percepción sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. A partir de eso, se detectaron nuevos aspectos en el avance del estudio, por tanto, se buscó siempre nuevas respuestas en el desarrollo del trabajo.

El estudio de caso enfatiza la interpretación en el contexto, que permite una comprensión más completa del objeto de estudio. En este caso, la investigación se desarrolló bajo este enfoque en el Servicio de Medicina de un Hospital III-1 EsSalud en la ciudad de Chiclayo, escenario de la investigación el cual se describió en detalle más adelante.

El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda, por lo tanto, para cumplir con dicho principio, la investigadora indagó de forma exhaustiva la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado, entendiendo y analizando los diferentes puntos de vista. Se inició con la situación problema, la cual junto al marco teórico, generaron una confrontación con la información que aportaron las enfermeras.

El estudio de caso usa una variedad de fuentes de información. Para lograr el principio, la investigadora recurrió a diferentes datos, en diferentes momentos y situaciones variadas. Se utilizó como instrumento de recolección de datos a la guía de entrevista semiestructurada, cuya múltiple información recolectada ayudó a descubrir nuevos datos, así mismo se utilizaron a los autores teóricos pertinentes, la observación no participativa y la experiencia propia de la investigadora.

El estudio de caso revela experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales. La presente investigación tomó en cuenta las percepciones de las enfermeras sobre el uso de sus registros para la continuidad del cuidado en el servicio de Medicina de un Hospital III-1 EsSalud de Chiclayo, donde el profesional de enfermería de estudio desarrolla sus actividades; así también, ellas compartieron con la investigadora, el objeto de estudio y de la misma manera, la investigadora relató sus experiencias durante el estudio, de modo que otro lector podrá efectuar sus propias generalizaciones naturales.

El estudio de caso procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Esta investigación evidencia la verdadera percepción de las enfermeras, así estas sean convergentes o divergentes. Así mismo, en base a la información que proporcionaron los sujetos de estudio, después de analizarlos, la investigadora pudo emitir su propia opinión cuando los datos suscitaron distinto sentir.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. Se redactó con un lenguaje claro, sencillo, directo y bien articulado, favoreciendo al lector. La investigadora presentará un informe

preciso que permita evidenciar la realidad estudiada, así la investigación pueda servir para realizar nuevas investigaciones a partir de la presente.

De la misma forma, Menga Lüdke y Marli André³⁴, consideran que el estudio de caso se desarrolla en tres fases:

Fase exploratoria o abierta: el presente estudio de caso se inició en algunas interrogantes de la investigadora, planteadas durante sus prácticas clínicas pre profesionales, así como también una visita al contexto de estudio que se llevó a cabo, en la que se realizaron algunas indagaciones previas que sirvieron de guía para la investigadora, entonces se pudo observar de forma directa la realidad que motivó a investigar el objeto de estudio. Las interrogantes se explicaron con la literatura pertinente, sobre todo, lo que concierne a los registros de enfermería, la cual generó la situación problema y la formulación de la pregunta de investigación.

Delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, la investigadora procedió a recolectar sistemáticamente la información, con ayuda de la guía de entrevista semiestructurada, a las enfermeras sobre el uso de registros para garantizar la continuidad del cuidado, evidenciando la diferente percepción de cada una y se tomó en cuenta los aspectos más relevantes para el estudio, misma que se delimitó por saturación de la información.

El análisis sistemático y la elaboración del informe: Esta fase se inició con la transcripción de las entrevistas que se realizaron a las enfermeras del servicio de Medicina de un Hospital III-1 EsSalud situado en Chiclayo, posteriormente se realizó el análisis de contenido, el cual permitió comprender sus diferentes manifestaciones. Por último, se elaboró un informe sistematizado según las normas estipuladas por la Escuela de Enfermería – USAT y la Oficina de Grados y Títulos.

3.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de esta investigación lo conformaron 12 enfermeras, quienes laboran en el Servicio de Medicina de un Hospital III-1 EsSalud de Chiclayo, cuya población fue 16 enfermeras. Para establecer la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: enfermeras que tengan más de 6 meses laborando en el servicio de Medicina y que deseen participar de manera voluntaria. Los criterios de exclusión consideraron a las enfermeras que estén realizando pasantía, vacaciones o licencia, así mismo, la enfermera que ejerza labor administrativa en el servicio. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia³³ y el tamaño de la muestra se determinó por criterio de saturación y redundancia³².

Para proteger la identidad de los sujetos y favorecer su participación abierta, se les informó que la entrevista era grabada, con una grabadora de voz, para luego ser transcritas, mismas que fueron utilizadas por la autora, solo con fines de investigación; así también, su identidad fue protegida mediante códigos: ENF1, ENF2... ENF12.

3.4 ESCENARIO

El escenario considerado para esta investigación lo constituyó el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, ubicado en la ciudad de Chiclayo. Dicha institución de salud es categorizada como Hospital de Tercer Nivel Categoría III-1 que brinda atención durante las 24 horas del día, en todas las especialidades y que sirve de Institución prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), referencial para la atención de pacientes derivados de las Redes Asistenciales Lambayeque, Tumbes, Piura, Amazonas, Moyobamba, Tarapoto, La Libertad, Cajamarca y Ancash (Chimbote)³⁵.

En lo que concierne a Enfermería, está constituido por el Departamento de Enfermería, tiene 22 servicios de atención hospitalaria, cada uno con su respectiva Enfermera Jefe. Cuenta también con 420 enfermeras asistenciales, distribuidas en todos los servicios de la institución.

El estudio se desarrolló en el Servicio de Medicina Interna del H.B.A.A.A., el cual está ubicado en el segundo piso, lado izquierdo de la nueva área; que por su ubicación y distribución, genera gran desplazamiento del personal y dificultad para la accesibilidad. Por otra parte, el servicio está destinado a brindar cuidados a personas con diferentes patologías establecidas y otras para encontrar diagnóstico médico y de ser necesario, derivar a la especialidad requerida, lo cual determina su alta demanda, para ello cuenta con 35 camas, 6 de ellas en UCEMIN (Unidad de Cuidados Especiales de Medicina Interna) y 29 en el área de hospitalización de pacientes en áreas comunes de 4-6 pacientes, con diagnóstico de enfermedades del área y 6 camas para Infectología, que generalmente corresponde a pacientes portadores de VIH, en habitaciones personales y bi-personales, de acuerdo a su estado; hay habitaciones unipersonales que son asignados a pacientes críticos con enfermedad en etapa terminal, o que por alguna razón necesitan estar aislados.

Según el registro de ingresos y altas, las patologías que se tratan con mayor frecuencia son: diabetes no controlada, infección del tracto urinario (ITU), enfermedades crónicas descompensadas, enfermedades en estudio. También el área de infectología atiende de 5 a 7 pacientes portadores de VIH. Además, los procedimientos de enfermería que se realizan con más frecuencia son: control de glucosa o Hemoglucoest (HGT), canalización de vías periféricas, asistencia para implante de catéter central y asistencia para toracocentesis. Así mismo, los grados de dependencia de los pacientes son: 1.4% en grado I, 34% en grado II, 58% en grado III, 6.5% en grado IV y 0% en grado V, según el informe de Grados de Dependencia de Mayo del 2018, del servicio.

En relación a la dotación de personal, está constituida por 16 enfermeras incluyendo la Enfermera Jefe, en promedio su edad es de 40 años. En relación a su capacitación académica el 93.75% tienen especialidad, el 81.25 % tienen grado de maestría o están estudiando. Así también solo una realiza función docente en una universidad local.

Por turno, en el área de UCEMIN trabaja 1 enfermera y 1 técnica de enfermería que brindan cuidado a 6 pacientes de grado de Dependencia III, mayormente, y IV en algunas oportunidades. Además, en el área de hospitalización laboran 2 enfermeras,

quienes se distribuyen 16 pacientes de ambientes múltiples para 1 una enfermera y 13 pacientes que incluyen el área de Infectología atendidos por otra enfermera.

Se registra como Eventos Adversos 2 caídas de pacientes en el primer trimestre del presente año, según el informe de Notificación del Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos de la institución, datos, que en este caso son monitoreados por el Departamento de Enfermería del H.B.A.A.A. y luego reportados a la Oficina de Calidad de la Red Asistencial y Sede Central de Calidad a fin de establecer el plan de intervención o mejora continua de la calidad, además de estar relacionadas a indicadores hospitalarios de la calidad.

La investigadora seleccionó el escenario por las condiciones mencionadas que demandan de registros de enfermería correctos, y porque se aducen limitaciones referidas por las enfermeras para elaborar sus registros, lo cual minimiza la importancia de estos en la continuidad del cuidado y por tanto pone en riesgo la calidad con que estos se brindan.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

En esta investigación se utilizó como técnica, la entrevista³⁶ y como instrumento, la guía de entrevista semi estructurada³², donde cada sujeto de estudio respondió con objetividad las interrogantes planteadas, en ella también se enmarcaron comportamientos verbales para extraer información válida y confiable sobre las percepciones de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado, así entonces, se pudo llegar al conocimiento objetivo del problema.

La entrevista se realizó en la Oficina de la Jefatura de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del mismo nosocomio, o en el lugar que ellas indicaron previa coordinación como el estar de enfermería, dichos lugares garantizaron la ausencia de elementos distractores. Se ejecutaron en horario fuera de turno, con una duración de aproximadamente 25 min y esta constó de 4 preguntas (ANEXO N°1). Previa a la aplicación de la entrevista, se les brindó información detallada sobre el estudio mediante el consentimiento informado (ANEXO N°2): propósito, procedimientos, beneficios,

riesgos, confidencialidad, dirigidos a la firma del consentimiento informado para el profesional de enfermería. Para registrar los datos se procedió a almacenar la información por medio de una grabadora de voz, lo cual fue posteriormente transcrito y analizado por la investigadora.

La guía de entrevista semiestructurada (ANEXO N°3) fue elaborada por la investigadora, a partir de los antecedentes y bases teóricas, y fue validada mediante juicio de expertos, quienes aportaron correcciones que enriquecieron la estructura del cuestionario, los expertos fueron: una jueza experta temática y una jueza experta metodológica, también se consideraron los aportes de los miembros del jurado.

Después de obtenida la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó la prueba piloto que consistió en entrevistar a dos enfermeras del servicio de Geriatría del mismo hospital, cuyas características son afines al contexto a investigar, lo cual permitió verificar que las preguntas sean entendibles y generen respuestas en relación con el objeto de estudio, sobre todo, que respondan al objetivo planteado, con esa seguridad se procedió a las modificaciones pertinentes y se realizaron las entrevistas a las enfermeras que cumplieron los requisitos de inclusión descritos en la presente investigación.

3.6 PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación fue inscrito en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, luego se presentó al Comité Metodológico (Jurado de Tesis) de la Escuela de Enfermería para su aprobación. Posterior a ello, se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para la obtención de la resolución de aprobación cuyo número es N°459-2018-USAT-FMED (ANEXO N°4). Una vez obtenida la aprobación, se procedió a solicitar el permiso con carta dirigida al gerente del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, para que sea evaluado por la Oficina de Capacitación, Docencia e investigación a través de sus comités de Investigación y Ética de esta institución, quienes aprobaron el proyecto de tesis sin Observaciones y otorgaron la autorización de la investigación el día 3 de Octubre del 2018 a través de la Constancia

N°81, NIT: 1298 - 2018 – 11366 (ANEXO N°5) , firmada por el Presidente del Centro de Investigación.

Después de la autorización concedida, que otorga a la investigadora el ingreso a la institución, se asistió al servicio de Medicina para ubicar a las enfermeras asistenciales que intervinieron en la investigación, previa presentación, se procedió a informarles sobre el contenido de la entrevista y la temática, se concluyó con la firma del Consentimiento Informado, como una constancia de que la participación fue aceptada libremente. Posterior a ello, se coordinó y planificó con las entrevistadas que cumplían los criterios de inclusión, las fechas y horario de la realización de las entrevistas, las cuales se realizaron del día 8 de octubre al 12 del mismo mes en el Estar del Servicio de Medicina Interna - HBAAA.

Una vez obtenida la información mediante el instrumento, la investigadora se encargó de transcribir la información inmediatamente de realizada, para no perder observaciones del lenguaje no verbal, posteriormente se procesó y analizó la información.

3.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido^{37,38}, ya que se encarga de estudiar material cualitativo, buscando la mejor comprensión de una comunicación y la examina a profundidad, con el fin de extraer aspectos más relevantes. Esto se realizó respetando sus tres etapas:

En el pre-análisis se realizó la revisión de los datos obtenidos en las entrevistas a las enfermeras, realizando la lectura y relectura de los discursos, con la finalidad de seleccionar la información más relevante, lo cual favoreció a que la investigadora se familiarice con el contenido del tema de investigación, lo que permitió hacerse una idea general de sus resultados.

En la codificación se realizó el proceso de clasificación de la información obtenida de las entrevistas, que versan acerca de las percepciones de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Lo anterior se dio en base a

ideas y conceptos adquiridos mediante el propio material de estudio y se confrontó con el marco teórico. Es el proceso por lo cual los datos brutos fueron transformados sistemáticamente a datos que fueron útiles para identificar unidades significativas, las cuales fueron identificadas por el método de coloreo y fueron relacionadas con los objetivos de la investigación.

En la categorización se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. A partir de criterios definidos, la investigadora agrupó las unidades por similitudes en cuanto a su significado, contrastando la realidad con la literatura, logrando así la categorización de los elementos en relación con los objetivos de la investigación. Estas categorías, por ser necesaria una mayor especificidad de su análisis, se complementaron con subcategorías.

3.8 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

El rigor científico de la investigación, fue sustentado en las argumentaciones de Guba y Lincoln citados por Hernández³³.

Credibilidad: Esta investigación merece este rigor, ya que todos los datos obtenidos son auténticos, verdaderos y exactos de los sujetos involucrados en el lugar de estudio, de modo que evidenció las experiencias y fenómenos ocurridos tal y como ellos lo perciben, así se obtuvo la máxima validez de datos. Además, la información fue recopilada en una grabadora de voz, la misma que sirvió de constancia de que no se alteraron los datos brindados por los participantes.

Por otra parte, el chequeo de participantes, trató de constatar y eliminar dudas de la información brindada en las entrevistas a los participantes. Para ello, se tuvo en cuenta la capacidad para comprender el lenguaje, pensamiento, emociones y puntos de vista de los participantes, sin causar sesgos o distorsión de la información obtenida.

La transferibilidad se refiere a que los resultados de este estudio se puedan utilizar en otros estudios de investigación, examinando qué tanto se pueden ajustar a otros contextos, grupos o poblaciones, lo cual fue determinado por la propia investigadora. Para ello, en el presente trabajo, se describe a detalle los sujetos y el escenario en donde

se realizó, así mismo, cada fenómeno estudiado que pueda contribuir en esta investigación. Dichas descripciones sirvieron para realizar una comparación y descubrir lo común y específico de otros estudios.

La Confirmación o confirmabilidad es otro criterio escogido para este proyecto de investigación, el cual se refiere a demostrar que se minimizarán los sesgos por parte de la investigadora, para así garantizar la veracidad con la cual se está trabajando. Se basó en los instrumentos de investigación realizados, tanto como la guía de entrevista semiestructurada, las grabaciones de dichas entrevistas, el chequeo de participantes, los cuales ayudaron a la confirmación de que la información obtenida no fue alterada para obtener resultados diferentes.

3.9 PRINCIPIOS ÉTICOS

La presente investigación fue respaldada por los principios éticos de la Bioética Personalista propuesta por Mons. Elio Sgreccia³⁹, por tomar como eje principal a la persona, dándole valía a sus derechos fundamentales.

El primero de ellos hace referencia al Valor Fundamental de la Vida. Se utilizó este principio, dado que a través del instrumento de recolección de datos se trató a la persona holísticamente y no solo como medio de información, para ello se mantuvo un trato amable, se mostró respeto por sus manifestaciones y sobre todo, se tuvo especial cuidado en que alguna de las preguntas pudiera afectar su bienestar físico o psicológico.

Con respecto al Principio de Libertad y Responsabilidad, la investigadora respetó la decisión de los sujetos de estudio, de querer participar o no en el desarrollo de la investigación, a través del consentimiento informado, en el cual fue detallado la naturaleza de la investigación, los procedimientos, riesgos, beneficios y el compromiso en proteger la información mediante la confidencialidad; de tal forma que les permitió tomar decisiones informadas, libres y conscientes, así también, la investigadora no cuestionó sus percepciones. Los informantes pudieron retirarse de la investigación en el momento que hayan considerado necesario, lo cual no sucedió; así como, los

informantes se comprometieron a una información veraz, y la investigadora, hizo uso de la información con la mayor lealtad posible.

Finalmente, el principio de Sociabilidad y Subsidiariedad, en cual consiste en buscar el bien de todos los sujetos de estudio, en este caso las enfermeras del Servicio de Medicina del H.B.A.A.A.- Chiclayo. Aquí se tuvo en cuenta la contribución de la presente tesis a la profesión de enfermería. Al concluir la investigación, se hará llegar los resultados a las autoridades institucionales en mención, a las autoridades de enfermería y del servicio investigado, con el fin de mejorar la situación problemática que llevó a la investigadora a realizar el estudio, en bien del paciente y las propias enfermeras.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis realizado de los discursos y las unidades significativas, reunidas por analogía semántica, hicieron emerger las siguientes categorías:

CATEGORÍA A: UTILIDAD E IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Sub categoría A.1: Utilidad e Importancia para los profesionales de enfermería

Sub categoría A.2: Percepción de las enfermeras sobre la utilidad e importancia de los Registros de Enfermería para el equipo de salud.

CATEGORÍA B: LIMITANTES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

CATEGORÍA C: IMPLICANCIAS ÉTICO LEGALES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS A LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Sub categoría C.1: Implicancias Éticas en la ejecución de los Registros de Enfermería.

Sub categoría C.2: Riesgos legales por incumplimiento de las normas de ejecución de los Registros de Enfermería.

CATEGORÍA D: NECESIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS E INFORMATIZADOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Sub categoría D.1: Necesidad de la implementación de Registros de Enfermería estandarizados.

Sub categoría D.2: Registro enfermero informatizado: una alternativa de solución.

CATEGORÍA A: UTILIDAD E IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Los registros de enfermería (RE) conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, a su vez, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación que facilita el trabajo entre los miembros del equipo de salud, por tanto, su realización correcta permite avalar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Dicha ejecución debe consignar toda la información del turno relativa a un paciente y resumir todos los procesos a los que ha sido sometido, tanto para verificar su actuación por medio del registro de los cuidados enfermeros, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros profesionales de enfermería; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir registrar lo que se planificó, dijo, se hizo y lo que quedó pendiente acerca del paciente. De ahí se deriva su importancia principal en describir el problema del paciente y orientar la terapéutica, para así garantizar la continuidad del cuidado^{40, 41}.

Al registrar, los profesionales de enfermería dan más visibilidad a la forma en cómo contribuyen al bienestar del paciente, como aportar información para la planificación de la terapéutica, dejando registrado datos importantes para la toma de decisiones del equipo de salud, ya que estos se pueden recuperar y analizar, así entonces, los registros de enfermería, son una herramienta que visibilizan datos escritos, que ilustran y representan con exactitud su práctica clínica⁴¹; en la práctica, es evidente que los enfermeros tienen percepciones diferentes y antagónicas, que muchas veces evidencian la poca o mucha importancia que le reconocen a sus registros para garantizar la continuidad de sus cuidados, así mismo, el equipo de salud, en su mayoría se nutren de estos registros para la toma de decisiones, lo cual es percibido por las enfermeras.

Para una mayor comprensión de lo dicho, se desarrollan las siguientes sub categorías:

Sub categoría A.1: Utilidad e Importancia para los profesionales de enfermería

Los registros de enfermería son elementos imprescindibles en el proceso del cuidado humano, ya que al ser redactados de manera correcta, avalan el trabajo profesional de la enfermera (cuidados) y su continuación, lo cual va a demostrar las diferentes acciones de

cada enfermero: recibir, procesar, interpretar, transmitir, implementar y documentar los datos que se originaron en varias fuentes, como pacientes, médicos y personal de enfermería⁴². Todo ello, hace que el registro se considere como fuente de información detallada y precisa de la atención asistencial, brindada por el profesional de enfermería, que se convierte en un medio de comunicación esencial entre ellas, permitiendo dar la continuidad a los cuidados y medir la eficiencia de la atención otorgada⁴³, aprobando su importancia en el proceso de cuidado, dándole el carácter de guía, facilitando la optimización del tiempo (tan escaso para ellas); estas percepciones las refieren de la siguiente manera:

“...los registros de enfermería sirven para monitorizar y registrar los procedimientos a los pacientes, son una guía para poder seguir con la continuidad y que quede plasmado mi trabajo” (ENF4)

“...mediante los registros, evidencias sobre: el tratamiento administrado, el Balance hídrico, el Kárdex, las actividades propias del turno y continuar lo que viene, para que si se ha hecho algo, ya no lo repitas, porque a veces no registras, te entra la duda y tienes que llamar, para mí es muy importante...” (ENF5)

Los registros constituyen el elemento fundamental y articulador en la atención integral que se brinda en el medio hospitalario⁴³, dicha afirmación se detalla y coincide con la de Calero²³, quien menciona a los registros como: la documentación que registra la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia a la situación del paciente, su diagnóstico y tratamiento, así como su evolución, producto del cuidado que brinda el personal de enfermería; tal y como mencionan las enfermeras, es preocupante su omisión, ya que los consideran como “una guía” que sirve para monitorizar y continuar su trabajo (administración tratamiento del paciente, gráfica de controles, BH, procedimientos realizados y por realizar, etc.), evitando dudas o duplicidades, además de plasmar la labor ejecutada del profesional de enfermería, cuya finalidad es garantizar la continuidad del cuidado ofrecido en bien del paciente, dicho en otras palabras, los registros de enfermería entrañan una importancia singular para la garantía del cuidado seguro y continuo.

Contrario a ello, alguna de las enfermeras, han limitado su importancia, no necesariamente de su esencia, sino porque no les alcanza tiempo para hacerlo o han percibido la poca importancia que se les da. Al exceptuar al “paciente delicado”, están reconociendo la importancia de sus registros para garantizar la continuidad y calidad de sus cuidados, tal como lo relatan en los siguientes discursos:

“...creo que a la mayoría de enfermeras nos cuesta registrar, si con las notas de enfermería ya estamos bastante agobiadas, imagínate más registros, y a veces no se les da valor...” (ENF10)

“...hago las actividades, pero no lo registro, a menos que el paciente esté bien delicado, además que nadie lo ve...” (ENF4)

Lo expresado no es la percepción solitaria de una enfermera como lo dice Barreto¹⁴ en su investigación, al referirse a que no se registra por muchos motivos, como por ejemplo la cantidad de estos formatos, lo cual es concordante también con lo manifestado por algunas enfermeras entrevistadas del servicio de Medicina Interna, escenario de esta investigación. Una de ellas menciona sentirse agobiada con su carga laboral y le resulta difícil registrar tantos documentos (Valoración de Riesgo de Caídas, Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión) implementados como parte de la Directiva de Calidad y Seguridad del Paciente-EsSalud, de tal forma que se preocupa más en hacer las actividades, pero no de registrarlas, priorizando solo en el que se encuentre delicado, lo cual difiere de la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” N.T.S. N° 139-MINSA/2018/DGAIN¹⁰, en donde se menciona que: los registros de enfermería, como formatos y parte de la Historia Clínica, deben hacerse sin importar la condición del paciente. Además, ambas evidencian en su discurso, la necesidad de que sus registros sean vistos y valorados, ya que podría entenderse que ellas no registran, porque nadie los ve y por tanto no tienen utilidad inmediata.

Por otro lado, si bien es cierto, se reconoce el valor e influencia de los RE para la continuidad del cuidado, también lo es para la profesión, dado a que perenniza y visibiliza el proceso de atención, en el sentido que los registros clínicos del enfermero son elaborados a partir de la aplicación del proceso de enfermería, que se deriva de la investigación clínica para la producción de evidencias⁴⁴, dicho proceso direcciona

científicamente el cuidado; tal y como postula el Colegio de Enfermeros del Perú, órgano representativo de la profesión de Enfermería en el Perú, quien considera que la evidencia (visibilidad) del cuidado enfermero queda documentada a través de los diferentes registros implementados por la enfermera²², considerándolas como evidencias de lo hecho, lo cual corroboran las participantes en las siguientes lexías:

“...son una evidencia de todo lo que se está realizando en bien del paciente, cuando alguien lo consulta se está haciendo visible lo que hacemos...” (ENF7)

“...los registros de enfermería son la evidencia de tus cuidados, se plasman desde el inicio del turno, te permite observar la evolución del paciente y priorizar los problemas para ver qué solución inmediata le das...” (ENF9)

Los discursos expuestos, son percepciones de las enfermeras quienes consideran a los RE, como evidencia de las actividades realizadas, permitiéndoles efectuar el proceso de atención de enfermería en el paciente, priorizando sus problemas y ejecutándolas de manera personalizada, lo cual es concordante con Ochoa⁴⁵ quien retrospectivamente hace una evaluación de los RE, y los considera como el único medio para demostrar el trabajo realizado por el personal de enfermería, reflejan la eficiencia y eficacia de los cuidados ofrecidos al paciente y la contribución a su recuperación.

Se agrega a ello, que los RE facilitan la comunicación no verbal, al estar plasmadas cualesquiera de las intervenciones en todos los turnos, visibilizando la información correspondiente sobre los cuidados prestados al paciente, percepción que corresponde a la mayoría de enfermeras, sin embargo, se contrapone a su actitud de no registrar, porque prima la percepción de desvalorización de las misma, y la carga laboral, que las induce a priorizar al paciente delicado como propio de tener RE.

En este sentido debe entenderse que los RE, no solamente tienen importancia y utilidad para la enfermera, también es útil e importante para el equipo de salud, sobre todo para, con quienes más se coordina la atención de salud y los cuidados enfermeros: los médicos, ellos no siempre expresan el aporte de los datos registrados, sino más bien las falencias que se puedan dar, son los menos, pero es percibido por las enfermeras. Lo descrito amerita analizar esta percepción, la cual se realiza en la siguiente sub categoría.

Sub categoría A.2: Percepción de las enfermeras sobre la utilidad e importancia de los Registros de Enfermería para el equipo de salud.

Los registros de enfermería conforman la principal vía de comunicación importante para el equipo de salud involucrado con el paciente, facilitando la coordinación y continuidad de la planificación de la atención de salud, que con la nueva perspectiva del trabajo multidisciplinario en salud, se basa en el respeto, la confianza y la comprensión de la capacidad de cada profesión a contribuir en el cuidado a los pacientes⁴⁵. Todo esto merece la elaboración de registros con datos estructurados, con un lenguaje propio pero igualmente comprensible a todos los miembros del equipo de salud, que reflejen la relación dialógica y la interacción mutua entre enfermero y sujeto de cuidado, desde la dimensión de participar, actuar junto con otro, interesarse, ayudar y cooperar⁴¹; consideraciones que reconocen la importancia de los registros de enfermería, para facilitar el trabajo en equipo y la mejora en la entrega de los cuidados. Estos aportes teóricos son confirmados por las siguientes alocuciones de las participantes:

“...los registros son útiles para todo el equipo de salud, son algo que deberíamos hacer bien para entendernos y hablar el mismo idioma, ... en el caso de los médicos, es importante porque ellos se guían de los registros (Anotaciones de enfermería, ingresos, egresos, grafica de controles vitales etc.) a la hora de pasar la visita para dar prescripciones de tratamiento...” (ENF1)

“...los médicos en varias oportunidades hacen uso de los registros, siempre en la visita médica se fijan en algunos, como la hoja gráfica de signos vitales, balance hídrico, las hojas de escalas(Downton y Norton), y te exigen curva febril porque nosotras lo manejamos. En las notas ven lo que hicimos con el paciente...todos les sirven para evaluar al paciente y plantear la terapéutica” (ENF3)

“...los médicos cuando pasan la visita médica, si hay algo que no está muy claro, en lo primero que buscan es en las notas de enfermería y si no escribieron, es un problema porque a veces hay que llamar a la colega, es muy importante registrar al menos cuando hay eventos significativos con el paciente...” (ENF8)

Los discursos exponen las percepciones de las enfermeras participantes, en relación a la utilidad de sus registros, ellas manifiestan que facilitan la comunicación con todo el equipo de salud y guían las decisiones terapéuticas centradas en el paciente como un todo, otorgándole una connotación de apoyo, para otorgar un cuidado con garantía de calidad, además que, facilitan la toma de decisiones y guardan información veraz, concisa, recopilada y compartida entre los diversos niveles de responsabilidad, en los servicios de salud, cuyo grupo de profesionales ofrece una atención global y coordinada, por tanto, la importancia de los registros de enfermería radica en que facilitan el intercambio de información, y sirven de apoyo para todo los profesionales de la salud, siendo su propósito proporcionar datos sobre la atención brindada, lo cual garantiza la comunicación efectiva entre el equipo de salud y en consecuencia, garantiza la continuidad de los cuidados^{46, 47}.

Así pues, como lo mencionan las enfermeras, los RE sirven para *“hablar el mismo idioma”*, es decir, son usados para unificar la información entre el equipo de salud, considerándolas de primera línea para la certificación de datos: *“si hay algo que no está muy claro, en lo primero que buscan es en las notas de enfermería”*, razón por la cual también cuestionan la omisión o el incorrecto registro de información relacionada al cuidado, situación que compromete a la enfermera, aunque no esté de turno: *“y si no escribieron, es un problema ...porque a veces hay que llamar a la colega”*

A su vez, aluden que los médicos observan los RE para ver lo que se le realizó al paciente, como un apoyo al proceso de la visita médica, a más de servirles de guía para realizar las prescripciones médicas, ya que en las anotaciones de enfermería se registra su evolución, así como los días de tratamiento con un determinado medicamento registrado en el Kárdex, así como información necesaria para evaluar al paciente y tomar decisiones en base a los demás formatos; sin embargo, se genera un problema cuando no se han registrado, ya que limita la continuidad de los cuidados, evidenciada principalmente en la visita médica, momento que integra a todos los que participan directamente de la atención del paciente, aseverando la importancia de que todos los formatos de la historia clínica, son el apoyo para lograr el objetivo que es la observación conjunta de la evolución de los problemas de salud⁴⁸.

Esta falencia de no registrar, es atribuida por las enfermeras a diversos factores que ameritan tipificarlos y analizarlos, situación que genera la siguiente categoría.

CATEGORÍA B: LIMITANTES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Los registros de enfermería, siendo documentos importantes en la historia clínica, deben manifestar el actuar y pensar del profesional en la atención del paciente, con la finalidad de poder evidenciar el rol autónomo de la disciplina y así, diferenciar sus actividades del resto de los profesionales del equipo multidisciplinario de salud⁴⁹. Sin embargo, existen múltiples factores que limitan a las enfermeras a realizar de manera correcta los RE de acuerdo a la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” N.T.S. N° 139-MINSA/2018/DGAIN¹⁰, la cual establece lo que debe documentarse en cada hoja de RE.

Las percepciones, a continuación citadas, nos permiten evidenciar los factores percibidos por el personal de enfermería, en relación a la temática descrita:

“...por el tiempo que tenemos no nos alcanzamos a registrar todo lo que hacemos, solo registramos de los pacientes delicados, aunque no podamos saber quién se va a poner mal, la gráfica de controles si registramos de todos...” (ENF1)

“...las seis horas de turno no son suficientes para completar los registros porque se me va en procedimientos, tratamiento, por tanto registro lo más esencial y lo demás si lo informo verbalmente a la colega de turno, a veces el tiempo es muy corto, pero no es justificable, hay que hacer un mayor esfuerzo...” (ENF11)

Los discursos expuestos evidencian el factor tiempo, atribuidos por las enfermeras del servicio de Medicina Interna, los cuales limitan el cumplimiento de todos los RE, dado a que las múltiples tareas (control de signos vitales, administrar tratamiento, colocación de sondas vesicales y nasogástricas, control de glucosa o Hemoglucotest (HGT), canalización de vías periféricas, asistencia para implante de catéter central y asistencia para toracocentesis etc.), que realizan en las horas del turno, son insuficientes y les limita a solo registrar lo más relevante, dejando lo otro para informar verbalmente durante el reporte de enfermería, poniendo en riesgo la continuidad del cuidado; al respecto Ríos⁵⁰,

coincide con lo vertido, indicando que uno de los principales factores atribuidos por el personal de enfermería asociados al incumplimiento del correcto llenado de los RE es el exceso de trabajo, que limita el tiempo para registrar las actividades realizadas, lo cual es explicado por las enfermeras del servicio en estudio cuando refieren que “no se alcanzan a registrar” viendo como un obstáculo al tiempo, por la saturación de actividades de cuidado en cada turno y menor tiempo para poder registrar.

Sin embargo, ellas consideran que lo dicho no justifica el acto de no registrar, e instan a realizar un mayor esfuerzo y registrar todo lo que se debe y no limitar la continuidad del cuidado obviando detalles o datos importantes planificados o realizados en bien del paciente, a pesar que este servicio se caracteriza por la alta demanda de procedimientos en cada uno de los pacientes, esta característica se registra en el siguientes discursos:

“...no se cumple por diversos factores, no es por el desinterés de la enfermera o el tiempo... Medicina Interna es un servicio que tiene más demanda de atenciones por cada paciente... los más delicados requieren de muchos cuidados...y es una razón muy influyente para realizar los RE...” (ENF3)

“...no es el número de pacientes lo que nos limita, es todo lo que el paciente adolece, lo que afecta sus necesidades y lo que tenemos que hacer para su alivio... en UCEMIN que son seis pacientes, a veces uno, hace por cuatro...en este servicio se atiende infectología (VIH) siendo pacientes con índices de atención de enfermería, por encima de los considerados para la dotación de personal...todo esto nos lleva solo a registrar en los pacientes más delicados... ” (ENF7)

Lo dicho resalta que otro factor estimado por ellas es la demanda de procedimientos por cada paciente, que está directamente ligado al tiempo, así también lo menciona lo menciona Lobato⁵¹ en su investigación, quien encontró que el 83% de sus encuestadas manifiestan como factor principal de incumplimiento de los RE, a la excesiva cantidad de pacientes con muchas necesidades afectadas. Visto que Medicina Interna es uno de los servicios con más demanda en todo el hospital, por ser multidiagnóstico y tener hospitalizados pacientes con diversas patologías, que requieren de muchos cuidados, e incluso se menciona que en el área de UCEMIN son seis pacientes, pero que, a veces uno

de ellos, abarca la atención de enfermería como si fueran cuatro personas juntas. Cabe destacar que estas limitaciones devienen exclusivamente de la dotación de personal insuficiente, mas no de la falta de responsabilidad para realizarlo, enfatizado por todas ellas.

Es así que hay una parte de enfermería que sin lugar a dudas desempeña a la perfección su trabajo a "pie de cama" y ha sabido "inventar" documentos no registrados en la historia clínica del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de enfermeras cuando han considerado necesaria la transferencia de alguna información, a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno. Sin embargo, diversas razones se usan para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial⁵², incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito su trabajo, limitándolo solo para los "más delicados", situación que a la larga siempre afecta la continuidad del cuidado, como lo ha podido percibir también la investigadora.

CATEGORÍA C: IMPLICANCIAS ÉTICO LEGALES EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS A LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Los registros de enfermería, como bien se sabe, poseen la descripción detallada de los datos referentes a las intervenciones de enfermería, realizadas en el paciente. Si estos están correctamente estructurados y completos pueden ser utilizados para proteger aspectos legales del paciente, la institución y los profesionales de salud. Así pues cuando la documentación escrita de las actividades ofrecidas no es completa y exacta, puede ser utilizada como argumento legal para demostrar que los procesos de atención no se realizaron según las normas aceptadas, y convertirse en evidencia para demandas contra la institución y el personal de la salud, ya que los registros de enfermería permiten evaluar retrospectivamente los cuidados y atención proporcionada y no proporcionados⁵³.

Por otra parte, los registros de enfermería representan la ética del actuar enfermero, ya que los datos documentados evidencian la realización de actividades legítimas brindadas oportunamente y sobre todo, con el principal fin que es lograr el bienestar del paciente²². En el desarrollo de la profesión, se presentan diferentes circunstancias que pueden generar implicancias ético-legales en los cuidados, siendo los registros de enfermería, el referente

de cómo se realizaron, están relacionadas a la continuidad del cuidado, y por tanto su omisión o incorrección puede comprometer a la enfermera(o) por lo que es importante analizar esta situación en las siguientes sub-categorías.

Sub categoría C.1: Implicancias Éticas en la ejecución de los Registros de Enfermería.

La práctica ética son comportamientos que evidencian principios ético-morales y valores en el diario actuar, que aseguran una conducta honorable y competente de la enfermera, lo cual, aplicado a los registros de enfermería; el acto de documentar es la mejor forma de evidenciar lo que se hace por los pacientes en lo intelectual, emocional, social y físico^{6,41}. En este sentido lo ético está relacionado a la práctica de valores como la verdad, sinceridad, responsabilidad y honestidad, así como la conciencia moral, todo ello, según los discursos son el marco en el que las enfermeras realizan sus registros, ya que conocen sus implicancias, y así lo describen:

“...es importante tener un buen registro, que sean datos seguros y fidedignos para continuar el cuidado...lo opuesto perjudica a la persona cuidada” (ENF1)

“...si es que no le coloco un medicamento al paciente ¿me iré con la conciencia tranquila a mi casa diciendo: lo apunté y no lo hice?...estoy segura que no...se molestará mi colega, pero prefiero eso a hacer un daño al paciente...” (ENF5)

“...cuando nos formaron, nos enseñaron que parte de la ética es registrar con veracidad lo que se hace en el paciente y también la institución lo exige y tienes que cumplir responsablemente...hay que registrar y hacerlo bien...” (ENF8)

“...es importante que haya concordancia en lo que tú haces con lo que estás registrando, porque de repente puedes decidir registrar que hiciste algún procedimiento y en realidad no lo has hecho, entonces has decidido mal, no es necesario que nos esté mirando alguien o nos estén supervisando para hacer lo que es correcto ...”(ENF9)

Las enfermeras entrevistadas, expresan mediante sus discursos, la importancia de la ética en los RE, que de ser documentados de acuerdo a como corresponde, garantizan la continuidad del cuidado. Así pues, una de ellas manifiesta que un buen registro debe contener datos fidedignos, es decir, reales o legítimos, para así favorecer la continuidad del cuidado, ya que de estos se extrae la información para mejorar la atención clínica que merece la persona. Por otro lado, manifiestan un caso muy común que demuestra la importancia de la formación en valores y ética en el acto de escribir en los RE, como lo es cuando alguien registra un medicamento que no administró, poniendo a prueba su conciencia moral entendida como: los distintos elementos que establecen su capacidad de discernir y tomar decisiones de acuerdo con ello, por tanto su actuar debe estar rectamente guiado por la conciencia y sus juicios⁵⁴; actuar bajo los postulados de la conciencia moral resulta poco fácil dada las limitantes de las enfermeras del M. Interna y puede exponerlas a problemas con sus pares, la ley o con la institución.

A la par según el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú⁶, documento que especifica normas para el correcto actuar enfermero, en su Capítulo III: La enfermera y el ejercicio Profesional, refiere en el Art. 24° que la enfermera debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado de Enfermería, siendo eso el eje central de la investigación, así también en los artículos 27°, 28°, 29° se refieren a la documentación que realiza la enfermera, enfatizando en la objetividad y veracidad de estos, agrega que los registros de enfermería deben ser claros, sin enmendaduras constituyendo falta ética cuando se omite o se altera la información registrada.

A su vez, ellas consideran que los RE deben ser concordantes con lo ejecutado, puesto que, de no ser así “decides mal” y se cometería una imprudencia es decir: la no coincidencia de la acción punible con la conducta que hubiera llevado a cabo una persona prudente y cuidadosa; de tal forma que en los casos en que el sujeto hubiera observado el cuidado necesario, no concurrirá el desvalor de acción, la imprudencia consiste en la infracción de un deber objetivo – general de cuidado, y que sea posible de llevar a cabo, en el caso de una actuación profesional el baremo (normas establecidas) será el cuidado que debe imprimir a sus actos el buen profesional, cuyo presupuesto es la previsibilidad objetiva⁵⁵; sumado a esto, ellas expresan que no es necesario que alguien las mire o supervise para registrar correctamente y concordantemente, siendo esto una muestra de

fidelidad a su profesión y a sus principios éticos, y por lo tanto, preservan la garantía de la continuidad del cuidado a pesar de las limitaciones cotidianas.

Sub categoría C.2: Riesgos legales por incumplimiento de las normas de ejecución de los Registros de Enfermería.

Los registros de enfermería pueden ser un buen (o mal) reflejo del estándar de atención que se brinda a los pacientes. Es como el sello distintivo de cada enfermera, pero si no están escritos conforme a las normas estipuladas, puede llevar, no solo a dudas sobre la calidad del trabajo de la enfermera, sino, sobre todo, podría verse implicada en problemas legales. Por ejemplo, si hay queja de algún paciente sobre los servicios ofrecidos por la enfermera, los registros de enfermería son la única prueba de que ha cumplido con su deber de atención al paciente⁵⁶. Este tipo de situaciones son muy comunes y las enfermeras del Servicio de M. Interna del HBAAA, EsSalud, Chiclayo refieren algunas percepciones en situaciones vividas:

“...el problema legal fue de un paciente que falleció y los familiares le atribuyeron la responsabilidad a la enfermera por los medicamentos administrados, se investigó pero ahí están las notas pues,... ella registró con horas todo lo que pasó y fue la única defensa que la exoneró de responsabilidades...” (ENF3)

“... son un respaldo legal ante cualquier situación, como por ejemplo ya ha habido casos en cuanto a indicaciones médicas, en la que cada quien tiene sus responsabilidades y funciones, cuando llamas al médico de turno por una emergencia, te lo indica por teléfono... eso no está permitido porque el paciente puede reaccionar, eso retrasa el cuidado...a la primera persona a quien acusan directamente es a la enfermera porque ella es la que hace efectivas las prescripciones médicas, hasta telefónicas...el medico solo dice: ya indiqué...en algunos casos es necesario aplicar, pero yo pongo en la historia clínica que recibí la indicación telefónica o llamo al jefe de emergencia para que regularice... no es fácil ” (ENF9)

Los discursos mostrados son percepciones de las enfermeras del servicio de Medicina Interna, quienes mencionan los antecedentes de problemas legales por incumplimiento de

los RE. Uno de ellos gira en torno a un paciente fallecido, en el cual inculparon la responsabilidad a una enfermera, lo cual pudo significar un riesgo legal, sin embargo, ella había registrado en sus anotaciones de enfermería todas sus intervenciones en horario, lo dicho anteriormente se puede comparar con lo que menciona la Asociación Americana de Enfermería (ANA), la cual refiere que los registros de enfermería son vistos como la única defensa para las enfermeras, el respaldo legal que prueba su actuar, las protege y deben estar escritos de acuerdo a las normas vigentes para que así puedan funcionar como la evidencia de sus cuidados⁵⁷.

Otra situación mencionada es la prescripción telefónica, al respecto: La prescripción médica es un acto complejo, que requiere un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética, el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción⁵⁸; las prescripciones telefónicas son una realidad bastante frecuente, en caso de molestias agudas imprevistas, estas se regularizan, pero son un inconveniente para proceder al tratamiento; preferentemente no se deben tomar órdenes verbales o telefónicas; en caso necesario, repetir la prescripción confirmándola, pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe, y regístralo, en los RE que son testimonio documental donde queda recogida toda la información de cuidado referente al paciente, su tratamiento y su evolución⁵⁹; aunque ellas perciben que este procedimiento no es fácil y hasta crea perjuicio de las relaciones interpersonales, es necesario para dar pase al tratamiento del paciente con la máxima seguridad.

En relación a la situación que antecede, las enfermeras perciben el peligro de sanción por incumplimiento y expresan miedo a que se les mande un memorándum por no hacer un correcto llenado de los registros de enfermería, porque en dicho nosocomio ya se han producido auditorías e investigaciones, que se auditan de acuerdo a las normas establecidas, de allí sus esfuerzos por que estas se realicen lo mejor posible, ya que es la base de cualquier defensa por la ocurrencia de algún reclamo, tal y como se mencionan en los siguientes discursos:

“... ahora hay más exigencia para hacer correctamente los RE hasta mandan memorándums... entonces uno registra por la necesidad de saber lo referente al tratamiento del paciente, otra por la seguridad de nosotras mismas, ... puede un reclamo entrar en una investigación o algo

que pueda pasar con el paciente, y si todos los registros de enfermería están bien hechos, eso nos puede respaldar...” (ENF12)

El punto más resaltante y percibido por las enfermeras, en este discurso es hacer los registros por miedo a las sanciones de sus superiores o las observaciones de las auditorías sobre los RE, informes y otra documentación, si bien es cierto proporcionan resultados evaluados que sirven para mejorar los estándares de atención al paciente o proporcionar evidencia cuando los estándares requieren alguna modificación para alcanzar los objetivos propuestos o abordar iniciativas de calidad⁵⁷, es preciso comprender que si no se registra la atención o el tratamiento otorgado a un paciente, se entiende que no ha ocurrido. Por lo tanto, mantener un registro deficiente puede significar una negligencia, incluso si está seguro de haber brindado la atención correcta, y legalmente, dependiendo que tan graves sean las circunstancias, esto puede hacer que hasta pierda el título profesional⁵⁴, en otras palabras las enfermeras deben estar convencidas que los RE, son importantes por la utilidad para la continuidad del cuidado y que frente a una contingencia de un hecho no habitual la realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal⁵⁹ y la mejor orientación, frente a cualquier duda sobre el cuidado del paciente.

CATEGORÍA D: NECESIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS E INFORMATIZADOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental dentro de los expedientes de cualquier institución hospitalaria, en donde se registran las intervenciones de la labor asistencial que desarrolla enfermería según las necesidades de cada paciente, además avala el rol autónomo de enfermería y permite valorar el desempeño, facilitando la investigación clínica y docente para favorecer el desarrollo de la profesión. Así pues, realizar el registro de los cuidados de enfermería, garantiza la continuidad de los cuidados y evalúa el desempeño ajustado a estándares concretos, aún más si estos son ajustados o normalizados, ya sean escritos o informatizados, facilitarían la comunicación entre el personal de salud, disminuirían la carga laboral y se permitiría evaluar, medir y mejorar los procesos relacionados con el paciente^{57, 60}, sin embargo la multiplicidad de registros, y el tener que registrarlos de forma manual, implican poca uniformidad y gran inversión de tiempo, por lo que se ha creado una necesidad de implementar registros estandarizados

y en el mejor de los casos la informatización de estos, dada su importancia, se discute estos en las siguientes categorías:

Sub categoría D.1: Necesidad de la implementación de Registros de Enfermería estandarizados

Los registros de enfermería posibilitan el intercambio e integración de información entre profesionales de salud, manifiestan el rol autónomo de la enfermera, facilitan la investigación, permiten el análisis de rendimiento para analizar los recursos tanto materiales como personales y gestionarlos según las necesidades, además que tienen finalidad legal ya que son prueba objetiva de la conducta y cuidados de la enfermera a su paciente; por lo mencionado, en todo registro de enfermería debe estar plasmado el proceso enfermero, ya que así se podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico, por tanto, deberá estar diseñado y estructurado de forma estandarizada, considerando que se debe contemplar cada una de las etapas que lo constituyen⁶⁰, por otro lado, se debe indagar por formatos integradores impresos que faciliten el registro, sobre todo de la evolución de enfermería, ya que los demás son impresos para llenar o poner check (hoja gráfica de controles, hoja de BH, kárdex, escalas de valoración, etc.) Las enfermeras durante la investigación muestran sus perspectivas de cómo les gustaría que fueran los RE, y lo expresan en los siguientes discursos:

“...me gustaría que fuera como en otras unidades, en sus registros ahí no más te detallan, como un check list y algo para anotar algunas cosas subjetivas. Aliviaría un poco más la carga que una lleva, más cumplimiento y más utilidad...” (ENF6)

“...los registros deben ser más adelantados, prácticos, como la hoja gráfica de Signos Vitales, se podría agregar otros ítems para marcar y que sea más práctico...ya no habría disculpas para no cumplir...” (ENF10)

“...que esta investigación ayude a que se diseñe un formato para chequear o llenar cosas puntuales, y así facilitar el trabajo de registrar...y cumpla su objetivo, sería más visible y más utilizado, favorecería que los cuidados sean continuos, sin omisiones...” (ENF2)

Los discursos expresan la necesidad de las enfermeras del servicio de Medicina Interna, de que se implementen RE estandarizados, es decir, fabricar un registro en serie con arreglo a un estándar o patrón determinado, una pauta de registros sencilla y clara que les permitirá ahorrar tiempo que se traducirá en una mejora de su eficiencia como servicio y limitaría los errores⁶¹, mediante algún formato que facilite y agilice el trabajo de registrar. Ellas muestran interés en que los registros de enfermería sean más prácticos, para facilitar la comunicación entre el equipo de salud, que detallen toda la información necesaria para garantizar la continuidad del cuidado, y a su vez, que las ayude a disminuir la carga laboral.

A similitud de otros servicios, sugieren que sean como la hoja gráfica de signos vitales, la cual constituye un formato resumido y de fácil comprensión para los profesionales de salud. Lo dicho concuerda con Rivas⁶⁰ en su investigación, quien expresa que el facultar a la enfermera con un instrumento de registros de enfermería, provee una serie de etapas sistematizadas que darán como consecuencia una estructura para organizar los cuidados de enfermería otorgados a la persona que requiera cubrir necesidades específicas, un registro estandarizado, aunado a un pensamiento crítico reflexivo, permite hacer consciente el actuar y corregir la forma de crear el cuidado.

Por otra parte vale reiterar que la estandarización adquiere importancia al disminuir riesgos en la persona, lo cual se verá reflejado en mantener estándares de seguridad, al unificar un lenguaje e intervención, por tal motivo la creación de una propuesta de registros clínicos de enfermería, a través de un instrumento que contenga la estructura del método enfermero, para garantizar la continuidad de los cuidados, permitirá un alcance mayor en cuestión de calidad y seguridad en la atención, lo cual es un reto a cumplir.

Sub categoría D.2: Registro enfermero informatizado: una alternativa de solución

Los registros de salud electrónicos, digitales o informatizados, son una colección de información acerca de la salud del paciente, datos relacionados con los procesos de enfermedad y respecto a todas las intervenciones que se realizaron para lograr su bienestar. Así también, permiten la gestión de un único registro de salud longitudinal a lo largo de la vida de la persona, integrando las historias clínicas informatizadas de múltiples prestadores. En el caso de enfermería, es todo lo dicho, pero directamente ligado al actuar

enfermero, en todas las etapas del proceso de enfermería, lo que genera una integración del trabajo realizado por todos los profesionales de salud y facilita la accesibilidad a la información⁶². Las enfermeras sujetos de investigación, ven a los registros enfermeros informatizados como una alternativa de solución, sin embargo en el hospital escenario de la investigación, el sistema de gestión no los considera en su totalidad, por tanto reclaman un justo trato a lo que ellas producen, y lo refieren en los siguientes discursos:

“...cuando los registros no están ingresados al sistema de Gestión de la computadora, se pierden, nuestro trabajo se pierde... si este trabajo nos ayudaría a que se logre poder ingresar los registros al Sistema de Gestión, sería excelente, porque verían el trabajo que hacemos nosotras ...hacemos bastante y no está registrado” (ENF4)

“...los registros aquí no están muy actualizados porque hay un sistema de informática que se está aplicando pero aquí en la institución lamentablemente todavía no...todo lo que escribimos solo queda en la historia y a veces hasta se descarta... sería muy útil poner en práctica lo que ya se está dando en otras instituciones o en otros países” (ENF9)

Las percepciones de las enfermeras reunidas en estos discursos, demuestran su interés por un registro informatizado que sea ingresado al Sistema Informático de Gestión Hospitalaria, ya que así se podría evidenciar todo lo efectuado por el profesional de enfermería, de una manera más fácil. Ellas consideran que, los registros de enfermería, al no ser ingresados al Sistema informático de Gestión Hospitalaria, se pierden y es como si no hubieran realizado ninguna actividad, lo cual es una buena iniciativa que demuestra la necesidad de visibilidad de sus registros y que sea más práctico de realizar con ayuda de la tecnología.

Aducen que en otras instituciones, los registros de enfermería no están en el Sistema informático de Gestión Hospitalaria pero sí existen formatos informatizados, como refiere conocer una de las enfermeras, quien refiere que otras instituciones cuentan con registros digitales en el cual las enfermeras colocan la información. La informática es una herramienta que minimiza el tiempo, que de ser implementado, simplificaría el acto de registrar, que principalmente ahorraría tiempo y garantizaría la continuidad del cuidado,

y sobre todo no se descartaría, estropeando fuentes primarias para la investigación disciplinar.

Lo expresado por ellas permite mencionar el concepto de enfermería informática dada por el Grupo de Trabajo de Enfermería Informática (Nursing Informatics Working Group de la Asociación de Informática Médica Mundial (IMIA) quienes refieren que “Enfermería informática, es la integración de ciencia y practica de enfermería, su información y conocimiento y su gestión con tecnologías de la información y comunicación para promover la salud de las personas, familias y comunidades a nivel mundial”⁶³; lo cual visto en los registros de enfermería informatizados, implicaría una mejor toma de decisiones respecto a la salud del paciente, y debido a su practicidad y accesibilidad, permiten garantizar la continuidad del cuidado centrado en el paciente, de manera segura, eficaz, eficiente y oportuna, haciendo visibles los cuidados enfermeros.

V. CONSIDERACIONES FINALES

- Las enfermeras del servicio de Medicina Interna, le atribuyen importancia a los RE, en el sentido de que les ayuda a garantizar la continuidad del cuidado porque son fuente de comunicación e información de los cuidados brindados, advirtiendo los que están pendiente de realizarse, evitando duplicidad u omisión de las acciones, lo cual está relacionado a la responsabilidad ética y legal de sus cuidados.
- Los RE hacen visible las intervenciones de enfermería, es clara su percepción en el sentido de su utilidad, porque son materia de consulta por ellas para la continuidad efectiva del cuidado y por otros profesionales del equipo de salud, principalmente en la visita médica, donde los datos sirven de sustento para completar su evaluación y prescribir lo mejor para el paciente.
- Las enfermeras de medicina Interna reconocen al tiempo y la demanda de procedimientos, como las principales limitantes en el cumplimiento de los registros de enfermería, así también, hacen hincapié, que no es el número de pacientes, sino la complejidad y número de tratamientos, cuidados y procedimientos que ellos necesitan.

- Ellas tienen la percepción de que recibir prescripción médica por vía telefónica en alguna situación especial, genera la decisión de registrar el nombre del médico prescriptor en los RE, con el fin de salvaguardar la seguridad del paciente y de ellas mismas frente a cualquier tipo de reclamo.
- En relación al modo en que realizan los RE, las enfermeras de Medicina Interna aspiran a que estos sean estandarizados y tengan un programa informático que registre todas sus actividades, para que sirvan de evidencia de su trabajo, con lo que lograrán mayor visibilidad de sus intervenciones y estarán colaborando además como fuente de información para la investigación y crecimiento teórico de la profesión.

VI. RECOMENDACIONES

- Al Colegio de Enfermeros del Perú: Velar por el cumplimiento de la normatividad que sobre registros de enfermería considera el Código de Ética y Deontología, haciendo énfasis en la claridad, objetividad y veracidad de estos, considerando el SOAPIE.
- A la Jefa de Departamento de Enfermería: Coordinar la implementación de los registros de enfermería estandarizados e informatizados de acuerdo a las características epidemiológicas de los pacientes que se atienden en Medicina Interna.
- A la Jefa de Enfermeras del servicio de Medicina Interna: Establecer planes de mejora continua que permitan monitorizar los registros de enfermería, para que contengan la información necesaria que permita facilitar la toma de decisiones a las enfermeras y a los miembros del equipo de salud, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado y la optimización del tratamiento.
- A las Enfermeras asistenciales del servicio de Medicina Interna: Generar consenso para que la ejecución de sus registros en enfermería se basen en la normatividad y expresen la calidad del cuidado brindado a los pacientes.
- A las Escuelas de Enfermería: Considerar en su diseño curricular, contenidos temáticos sobre registros de enfermería para que su aplicación en el campo laboral tenga el sustento de la formación integral de los egresados de las escuelas de enfermería.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Young P, Hortis V, Chambi M, Finn B. Actualidad evangélica: Florence Nightingale (1820-1910), “madre” de la enfermería moderna [Internet]. Buenos Aires: Hospital Británico de Buenos Aires; 2014 [Consultado 5 Abril 2018]. Disponible en: https://www.actualidadevangélica.es/index.php?option=com_content&view=article&id=7448:florence-nightingale-1820-1910-madre-de-la-enfermeria-moderna&catid=43:destacados
2. Amaro MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Diciembre [Consultado 5 Abril 2018]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es.
3. Palmer IS. Florence Nightingale: reformer, reactionary, researcher. Nur Res [Internet]. 1977 Abril [Consultado 5 Abril 2018]; 26(2):84-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/320564>
4. De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglioni D, et al. If it is not recorded, it has not been done. J Clin Nurse [Internet] 2010 Junio [Consultado 5 Abril 2018]; 19 (11-12):1544-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20438599>
5. Hernández D, Rodríguez M, Gutiérrez M, Bolaños G. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet] 2007 [Consultado 5 Abril 2018]; 10(1):15-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n1/original2.pdf>
6. Colegio de Enfermeros del Perú. Estatuto y Reglamento, Ley del Trabajo de la Enfermera, Código de Ética y Deontología. 4ta modificatoria. Lima; 2014. 176p.
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación médica Mundial (AMM) sobre los derechos del paciente [Internet]. España: Asociación Médica Mundial; 2017 [Consultado 5 Abril 2018]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
8. Chávez D. Utilización de los registros clínicos de Enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez [Tesis de Licenciatura en internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013 [Consultado el 16 de abril 2018]. 132p. Disponible en:

- <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7228/8.14.001708.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
9. Mota M, Oliveira S, Da Silva P. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. *ABCS Health Sci.* [Internet] 2017 Julio [Consultado 13 Junio 2018]; 42(3):161-165. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876234/42abcs161.pdf>
 10. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. [Internet] Lima; 2018. 123p. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_214-2018-MINSA2.pdf
 11. Ramos E, Nava M, San Juan D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los Registros de Enfermería en un Centro de tercer nivel. *Enferm Clin* [Internet] 2011 Enero [Consultado 13 Junio 2018]; 21(3):151-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimiento-percepciones-adeuada-cumplimentacion-los-S1130862111000568?login=ko>
 12. Martínez L, Cantero M. Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Octubre [Consultado 16 Abril 2018]; 12(32):336-345. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400020&lng=es
 13. Carazas M, Herrera R. Factores Personales del Profesional de Enfermería y Calidad de los Registros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis de Maestría en internet]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2016 [Consultado el 17 de abril 2018]. 138p. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/2053/Mary_Tesis_Maestro_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Barreto E. Factores asociados al registro del Proceso de Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2015 [Tesis de Especialidad en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [Consultado el 17 de abril 2018]. 88p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5937/Barreto_ae.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Gálvez K. Percepciones de los internos de Enfermería sobre las anotaciones de enfermería, HRDLM 2011 [Tesis de Licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. 70p.

16. Carlos L. Obstáculos para la elaboración de notas de enfermería de calidad, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo [Tesis de Licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2011. 67p.
17. Sugrañes E, Ángel M. La Educación Psicomotriz (3-8 años) Cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórico - práctica. Barcelona: Graó; 2011. 350p.
18. Prieto G, Chavarro M. Notas de enfermería [Internet]. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería. [Consultado 21 Abril 2018]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58.
19. Mercado S. La comunicación en Enfermería: Registros de Enfermería. [Internet]. [Consultado 5 Abril 2018]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/lacomunicacionenenfermeria/registros-de-enfermeria>
20. Cortez G, Castillo F. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC. Proceso de Atención de Enfermería en Especialidades. 5ta Edición. Lima: Editorial Rhodas; 2011. 432p.
21. González J. Historia de la enfermería. España: Editorial Aguaclara; 1999. 375p.
22. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Versión Actualizada. Lima; 2015. 82p.
23. Calero M, Lola F. El registro de enfermería como parte del cuidado. Granada: Tema libre presentado al XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias: “Neuroenfermería ante la patología tumoral y degenerativa”; 2014. [Internet] Consultado el 7 de Abril del 2018. Disponible en: <http://www.menycep.es/wp-content/uploads/congresos/granada2014/resumenes/c/11C.pdf>
24. Luis M, Fernández C, Navarro M. De la Teoría a la Práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da edición. Barcelona: Editorial Masson; 2000. 216p.
25. López C, Villa Y. Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención de la ciudad de Cartagena 2012. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2012. [Consultado 21 Abril 2018]. 156p. Disponible en: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/578/EVALUACI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20LAS%20NOTAS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf?sequence=1>
26. Bravo M. Guía Metodológica del PAE – Aplicación de NANDA, NOC y NIC por Especialidades – Propuesta de Registros para la aplicación del PAE. 2da Edición. Lima: Editorial Gráfica Jesús; 2010. 271p.

27. Cedeño K, Cevallos S. Calidad de Registros de Enfermería que realiza el personal que labora en los Sub-procesos de Cirugía y Clínica, Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Diciembre/2013 – Mayo/2014. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Manabí: Universidad Técnica de Manabí; 2014. [Consultado 21 Abril 2018]. 156p. Disponible en: <http://186.46.160.200/bitstream/123456789/263/1/CALIDAD%20DE%20REGISTROS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
28. Seguro Social de Salud – EsSalud. Prácticas seguras para la prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión. Lima: Rapimagen; 2013. 67p.
29. Seguro Social de Salud – EsSalud. Prácticas seguras y Gestión del riesgo para la Prevención de Caídas de pacientes. Lima: Rapimagen; 2013. 59p.
30. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm [Internet]. 2014 [Consultado 25 Abril 2018]; 23(4):234-238. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
31. Benavent M, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Editorial DAE; 2012. 420p.
32. Katayama R. Introducción a la Investigación Cualitativa. Lima: Fondo Editorial de UIGV; 2014.126p.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6^{ta} Edición. México D.F.: Mc Graw Hill Education; 2014. 599p.
34. Lüdke M, André M. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. 2^a Edición. Sao Paulo: Epu Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1988. 99p.
35. Falcón Y. Estándares de atención a la ciudadanía: Línea de base para la Gestión de la experiencia de los Asegurados en EsSalud. Lima; 2016. 48p. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/defensoria/Estandares_de_atencion.pdf
36. Cifuentes R. Diseño de proyectos de Investigación Cualitativa. Buenos Aires: Noveduc; 2014.167p.
37. Cassuli M, Fustinoni S. Pesquisa Qualitativa em enfermagem. Sao Paulo: Editora Médica Paulista; 2006. 155 p.
38. Paes A, De Souza N. Projeto de Pesquisa: propóstas metodológicas. Pretópolis: Editora Vozes; 1990. 101 p.
39. Sgreccia E. Manual de bioética. I: Fundamentos y ética biomédica. Biblioteca de Autores Cristianos: Madrid –España; 2009. 972 p.

40. Torres M, Zárate R, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Rev. Enf. Univ. ENEO-UNAM*. [Internet]. 2011 [Consultado 30 octubre 2018]; 8(1):17-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu1111c.pdf>
41. Ortiz O, Chávez M. Los registros de enfermería como parte del cuidado. [Internet]. 2006 [Consultado 30 Octubre 2018] Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45255159/REGISTRO_DE_ENFERMERIA.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540951108&Signature=UEmQVOuAQhNM7H784Kvse5dIN%2FQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEL_REGISTRO_DE_ENFERMERIA_COMO_PARTE_DEL.pdf
42. Demutti F, Lunardi W, Heidtmann H, Lerch V. Percepção Da Equipe De Enfermagem Sobre seus Registros: Buscando A Sistematização Da Assistência De Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2010 Jul-Set [Consultado 30 octubre 2018]; 18(3):405-10. Disponible en: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1570/Percep%C3%A7%C3%A3o%20da%20equipe%20de%20enfermagem%20sobre%20seus%20registros-%20buscando%20a%20sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%Aancia%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>
43. Suárez M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. *REVCIS*. [Internet]. 2013 Diciembre [Consultado 30 octubre 2018]; 1 (2): 126 – 133. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/59>
44. Brasil C, Grzecczinski J, Silveira L, Los registros clínicos de enfermería: herramientas para la auditoría de la salud. *Evidentia*. [Internet]. 2013 Abr- Jun [Consultado 30 octubre 2018]; 10 (42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8028e.php>
45. Ochoa K, Pace A, Dos Santos C. Análise Retrospectiva Dos Registros De Enfermagem Em Uma Unidade Especializada. *Rev Latino – Am Enfermagem*. [Internet]. 2003 Mar-Abr [Consultado 30 octubre 2018]; 11(2):184-91. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07>
46. Torrecilla E. Necesidad de registrar en la profesión enfermera. [Tesis de Maestría en Internet]. Catalunya: Universitat Internacional de Catalunya; 2015. [Consultado 30 Octubre 2018]. 52p. Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252220/TFG_Estefan%C3%ADa_Torrecilla_Cilleros.pdf?sequence=1

47. López J, Moreno M, Saavedra C. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. *Nure Inv.* [Internet]. 2018 Abr-May [Consultado 30 octubre 2018]; 15(93). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324261212_La_importancia_del_registro_clinico_de_enfermeria_un_acercamiento_cualitativo
48. Espinosa A. Ética en el pase de visita hospitalario. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 Dic [Consultado 09 Noviembre 2018]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400008&lng=es.
49. López-Cocotle J.J, Moreno-Monsiváis M.G., Saavedra-Vélez C.H.. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enferm. univ* [revista en Internet]. 2017 Dic [Consultado 01 de Abril 2019] ; 14(4): 293-300. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000400293&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>.
50. Ríos L. Factores asociados al incumplimiento del llenado correcto de las notas de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Amazónico de Yarinacocha- Pucallpa, julio – diciembre 2017. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2018. [Consultado 01 Abril 2019]. 89p. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/2809>
51. Lobato M. Factores que afectan la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2016. [Consultado 01 Abril 2019]. 89p. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/5528>
52. León J, Manzanera J, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010 Jun [Consultado 2019 Abr 16];(19).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200021&lng=es.
53. Schachner B, Villalba E, Lores A, Baum A, Gómez A, López G, et ál. Informatización del proceso de Enfermería en un hospital de alta complejidad. IX Congreso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/2639.pdf
54. Valderrama A, López R. Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. Aspectos teóricos y prácticos de los juicios de conciencia en Chile. [Internet]. 2011 Nov [citado

- 2019 Mayo 14]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726
55. Luzón Peña, citado por Mazuelos, J. en: El delito imprudente en el Código penal peruano. La infracción del deber de cuidado como creación de un riesgo jurídicamente desaprobado y la previsibilidad individual. Anuario 2003 Internet [citado 2019 Mayo 14]. Disponible en: https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/anuario/an_2003_09.pdf
56. Stevens S, Pickering D. Mantener buenos registros de enfermería: una guía. Salud ocular comunitaria. PubMed [Internet] Diciembre 2010 [Consultado 09 Mayo 2019] ; 23 (74): 44-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033612/>
57. ANA. Principles for Nursing Documentation. Maryland. 2010. 33p. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>
58. MINSA. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción / Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima: Ministerio de Salud, 2005. [Citado 2019 Mayo 14]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1431.pdf>
59. Martínez Ques A. citado por García S, Navío Marco AM en: Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure, Investigación. Madrid, España. 2007. [Citado 2019 Mayo 14]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
60. Rivas J, Martínez F, Ibáñez D, Aguilera M, Sánchez L. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. Revista CONAMED. [Internet] Diciembre 2009 [Consultado 10 Mayo 2019]; 14(4): 30-36 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632240>
61. KYOCERA. La estandarización de procesos, una ventaja competitiva. [Internet] 2017. [Citado el 14 Mayo 2019]. Disponible en <https://smarterworkspaces.kyocera.es/blog/la-estandarizacion-procesos-una-ventaja-competitiva/>
62. Bonelli P. Desarrollo de Registros Electrónicos de salud objetivos, desafíos y tácticas. Disponible en: ebooks.himss.org/reader/nursing-informatics-for-21stcentury/374. 2006
63. Caballero E. Enfermería Informática una Mirada desde la Gestión del Cuidado. Revista VEA. [Internet] Diciembre 2012 [Consultado 11 Mayo 2019]; 8(32). Disponible en: <http://files.sld.cu/redenfermeria/files/2013/08/enfermeria-informatica-erika-caballero.pdf>

VIII. ANEXOS**ANEXO N°1****INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,****HOSPITAL III-1 ESSALUD - CHICLAYO.**

La presente entrevista es de carácter voluntario, tiene como objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Servicio de Medicina Interna, Hospital - III-1 ESSALUD. Chiclayo, 2018, por lo que le solicito su valiosa colaboración. La información que me proporcione será utilizada con fines investigativos, por lo que le pido la mayor sinceridad posible; así mismo está garantizada la confidencialidad de los mismos, para lo cual se le asignará un seudónimo.

Agradezco anticipadamente su participación.

I.-DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Seudónimo..... Edad..... Sexo.....

Grado Académico: Maestría.... Doctorado.... Especialidad.....

Tiempo de servicio:

II.- DESARROLLO DE ENTREVISTA:

1. ¿De qué manera los registros de enfermería le ayudan a garantizar la continuidad de los cuidados?
2. ¿Cuál es la importancia que las enfermeras le dan a los registros de enfermería en la continuidad de sus cuidados?
3. ¿Cómo percibe Ud. la utilidad atribuida a los registros de enfermería en la continuidad del cuidado, por cada uno de los miembros del equipo de salud?
4. ¿Desea agregar algo más?

Muchas gracias



ANEXO N°2

Consentimiento para participar en un estudio de investigación ENFERMERAS

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadora : Clarivel de Fátima Soza Díaz
 Título: Percepción de las Enfermeras sobre el uso de sus Registros para garantizar la Continuidad del cuidado. Servicio de Medicina, Hospital III-1 EsSalud. Chiclayo, 2018.

Propósito del Estudio:

Lo estoy invitando a participar en un estudio llamado: “Percepción de las Enfermeras sobre el uso de sus Registros para garantizar la Continuidad del cuidado. Servicio de Medicina Interna, Hospital III-1 EsSalud. Chiclayo, 2018”. Se realizará esta investigación para establecer cómo es la percepción de las Enfermeras sobre el uso de sus Registros para garantizar la Continuidad del Cuidado en el Servicio de Medicina Interna, que ayudará a rescatar desde su percepción, la importancia de los registros de enfermería en la garantía de la continuidad del cuidado, incidiendo en la seguridad del paciente y del mismo profesional de enfermería.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán registradas en un grabador de voz, asignándole un seudónimo para proteger su identidad. El tiempo estimado de duración de la entrevista será de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en la Oficina de Jefatura de Enfermería del Servicio de Medicina Interna – H.B.A.A.A. o en otro lugar evaluado previamente (domicilio).
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe de los resultados, a la institución donde usted trabaja y a la USAT.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios: No existen beneficios económicos, pero su participación favorecerá en el futuro a todos los pacientes y enfermeras, ya que los resultados servirán para que las enfermeras reconozcan la importancia de los registros de enfermería en la continuidad del cuidado, y a los pacientes, quienes recibirán un cuidado de calidad.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Ud. como participante en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 3 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de la investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Clarivel de Fátima Soza Díaz al cel.968902334, investigadora principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo cual será mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha

Investigadora

Nombre: Clarivel de Fátima Soza Díaz
DNI: 72495908

Fecha

ANEXO N°3
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: GUERRERO Quiroz E. Soledad

Cargo de la Institución donde labora:

SUB-DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTO

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

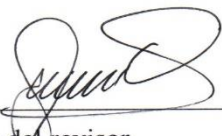
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco conceptual.	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco conceptual. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- INCLUIR pregunta # 2, en la 1.
- PREGUNTA 3. pasar a la # 1
- PREGUNTA 6 no Tiene relación E (pregunt) Objeto de estudio.
- lo demás está bien.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 21/05 del 2018.


Firma del revisor

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: Francisca Constantino Tacundo

Cargo de la Institución donde labora:

Docente USAT

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado


CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos de estudio.	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco conceptual.	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco conceptual. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

Las preguntas presentadas nos ayudan a lograr tanto nuestros objetivos como la finalidad es la Percepción de los enfermeros que teniendo en cuenta su bienestar es más que una descripción del procedimiento, pero que va a unido a sentimientos, vivencias que por la confusión al punto al grado por lo que se preparó por tener en cuenta de preguntas individuales.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 28 de Mayo del 2018.


Firma del revisor

ANEXO N°4
RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA – FACULTAD DE MEDICINA



CONSEJO DE FACULTAD
 RESOLUCIÓN N° 459-2018-USAT-FMED
 Chiclayo, 08 de agosto de 2018

Vista la solicitud N° 152441 de fecha 08 de agosto de 2018 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Soza Díaz Clarivel de Fátima, de la Escuela de Enfermería.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **Percepción de las Enfermeras sobre el uso de sus Registros para garantizar la Continuidad del cuidado. Servicio de Medicina, Hospital III – 1 EsSalud. Chiclayo, 2018**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



FACULTAD DE MEDICINA

Méd. Jorge Luis Limo Liza
 Decano (e)
 Facultad de Medicina



SECRETARÍA ACADÉMICA
 FACULTAD DE MEDICINA

MSc. Bgo. Antero Enrique Yacarini Martínez
 Secretario Académico
 Facultad de Medicina

ANEXO N°5
CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CONSTANCIA N° 81

EL PRESIDENTE DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO – RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE – ESSALUD, deja constancia

NIT: 1298 – 2018 – 11366

Que, la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación que se detalla, el mismo que ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque "Juan Aita Valle" – EsSalud, de acuerdo con la Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD. Directiva que estable los Lineamientos de Regulación y Fomento de la Investigación en EsSalud.

	"PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL USO DE SUS REGISTROS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO. SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III-I ESSALUD. CHICLAYO, 2018"
AUTOR (ES)	• BACH. ENF. CLARIVEL DE FATIMA SOZA DÍAZ
ASESOR (ES)	• Mtra. ASUNCION CARMEN LUZ BAZAN SANCHEZ
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD	ENFERMERIA
MOTIVO DE LA INVESTIGACION	Optar título de Licenciado en Enfermería
AREA	SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO- RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE
HORARIO	A determinar por la Jefatura antes indicada
PERIODO	Del 03 de Octubre al 03 de Diciembre del 2018

Así mismo, la autora del mencionado Proyecto alcanzará al Área de Biblioteca – Red Asistencial Lambayeque, un ejemplar de la Tesis presentada.

Se expide la presente, para fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 03 de Octubre del 2018

CCR/cva


Dr. Carlos Isaías Cerrón Rivera
 Presidente del Centro de Investigación
 Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo


centroinvest.lambayeque@essalud.gob.pe

Plaza de la Seguridad Social S/N
Chiclayo – Lambayeque – Perú
Telf. (074) 237776 Anexo 2375
(074) 221555